



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2002 –**

**POUR UNE POLITIQUE FRANÇAISE EFFICACE  
CONTRE LE TABAGISME**

**– groupe n° 31 –**

**Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 11 élèves en formation initiale**

***Animatrice***

**– *Elisabeth G. SLEDZIEWSKI***

# Sommaire

## *Préambule méthodologique*

<b><i>Introduction</i></b> .....	<b>1</b>
<b>1 <i>Une priorité de santé publique difficile à résoudre</i></b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 <i>Une réalité sociale alarmante</i></b> .....	<b>3</b>
1.1.1 Le constat .....	3
1.1.2 Les déterminants susceptibles de favoriser la consommation du tabac et la dépendance au produit.....	8
1.1.3 Les représentations sociales et les constructions identitaires liées à la consommation du tabac .....	9
<b>1.2 <i>Une volonté politique affirmée face à un questionnement éthique</i></b> .....	<b>10</b>
1.2.1 Le cadre juridique français, européen et mondial.....	11
1.2.2 La puissance économique face à la volonté politique .....	13
1.2.3 Une liberté de choix ou une illusion de liberté .....	13
<b>2 <i>Une démarche collective renforcée</i></b> .....	<b>16</b>
<b>2.1 <i>Des actions globales et transversales</i></b> .....	<b>16</b>
2.1.1 Agir sur le prix.....	16
2.1.2 Une politique de dénormalisation.....	18
2.1.3 La promotion de la santé.....	19
2.1.4 L'aide à l'arrêt .....	21
2.1.5 Les recherches psycho-sociales .....	21
<b>2.2 <i>Une évaluation nécessaire</i></b> .....	<b>22</b>
<b><i>Conclusion</i></b> .....	<b>25</b>
<b><i>Bibliographie</i></b> .....	<b>26</b>
<b><i>Annexes</i></b> .....	<b>29</b>

## **PREAMBULE METHODOLOGIQUE**

### **Approche du sujet.**

Devant l'abondance de documentation sur le sujet et face à l'importance qu'il revêt au plan mondial en termes de morbidité et de mortalité, nous avons sélectionné des documents permettant d'analyser, de façon objective, un problème faisant appel à la passion : les enjeux de santé publique se mêlent à des choix économiques, les impératifs de sauvegarde du « capital santé » se heurtent au respect de la liberté individuelle.

### **Recherches bibliographiques.**

Nos recherches ont débuté à partir du dossier documentaire remis par l'animatrice, Madame SLEDZIEWSKI Elisabeth G. Nous les avons poursuivies par l'interrogation de la base documentaire de l'ENSP ainsi que sur internet. Pour avoir la vision globale nécessaire à la nature même du thème, nous avons travaillé sur des ouvrages, revues, articles, rapports, en tenant compte des différentes approches de leurs auteurs. Nous nous sommes intéressés à l'historique du tabac, à la découverte de sa nocivité, aux campagnes de prévention, aux textes juridiques, à la sémantique liée au tabac, ... afin de découvrir le glissement intervenu dans la perception du tabagisme : du statut de phénomène ordinaire, il a acquis sans conteste celui de pratique addictive.

### **Entretiens et conférences.**

Notre raisonnement nous a conduits à un concept de politique globale nécessitant la rencontre de professionnels d'horizons divers : sociologue, philosophe, économiste, médecin, historien.

Le groupe comportant des fumeurs, nous n'avons pas trouvé opportun, compte tenu du temps imparti, de faire des enquêtes auprès de tiers.

### **Travail inter-professionnel.**

Des études sur des points particuliers ont été réalisées en sous-groupe, en tenant compte du caractère inter-professionnel du module, afin d'enrichir les points de vue dans une diversité d'approches. Les restitutions devant le groupe des travaux thématiques effectués ont donné lieu à des débats, favorisant ainsi un rapprochement des points de vue qui fait du rapport un travail homogène.

Nous tenons à remercier notre coordinatrice, Elisabeth G. SLEDZIEWSKI, philosophe, pour son soutien, ses remarques et ses critiques, et pour la qualité des contacts qu'elle a initiés à notre intention.

**« Tout a déjà été dit, mais comme peu de gens écoutent, tout est toujours à redire ».**

A. Gide

## INTRODUCTION

« **Tabac, un mort toutes les dix secondes** », ainsi titraient *Les Dernières Nouvelles d'Alsace* en mai 1997 après le constat de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dressé lors de la Journée mondiale sans tabac. En 1999, le constat, toujours alarmant, incitait l'OMS à définir l'objectif suivant « Pour un monde sans tabac ».

Car le tabac est un « vieux complice »<sup>1</sup> de nombreuses sociétés. Plante d'Amérique, le tabac entre en Europe au XVI<sup>e</sup> siècle, avec les premiers conquistadors. Jusqu'au XIX<sup>e</sup>, il n'est perçu que dans ses effets positifs : herbe « médicée » qui soigne les maladies de peau pour Jean Nicot, herbe « catherinaire » qui soulage les maux de tête de Catherine de Médicis, elle est herbe de jouissance pour Balzac dans son *Traité des excitants modernes* publié en 1839, chantée par les poètes comme l'herbe capable de « changer la pensée en rêverie » selon Hugo.

A partir de 1843, avec la fabrication industrielle, la consommation de la cigarette connaît une extraordinaire croissance au cours de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Le savoir-fumer est alors un savoir-vivre qui a ses codes sociaux, décrits -comme l'échange du feu- dans des manuels de civilité. Plus tard, à travers la cigarette, les femmes revendiquent l'égalité des sexes. Le tabac devient alors un produit de consommation banalisé.

Le tabac est, depuis le XVI<sup>e</sup> siècle, « une vache à lait fiscale » : déjà Colbert, face à une consommation croissante et à la promesse de gains substantiels, donne à l'Etat le monopole de la vente du tabac. En 1810, la Régie des tabacs, ancêtre de la Société nationale d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes (SEITA) et du groupe ALTADIS, est créée par Napoléon I<sup>er</sup>. Le tabac rapporte de plus en plus, jusqu'à 10% des recettes de l'Etat aujourd'hui.

---

<sup>1</sup> NOURRISSON D. *Le tabac en son temps : de la séduction à la répulsion*. Rennes : ENSP, 1999. 95 p. Contrechamp.

C'est en 1953 que les effets cancérigènes du tabac, soupçonnés depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, sont mis en évidence par Wynder, Graham et Groninger. Le tabagisme, défini comme une intoxication aiguë ou chronique par le tabac, tue 60 000 personnes chaque année dans notre pays, soit l'équivalent d'un «Boeing » accidenté par jour. De fait, aujourd'hui en France, le tabac reste la première cause de mortalité évitable. Si les rapports du Haut Comité de Santé Publique (HCSP) en 1994 et de la Conférence de Consensus d'octobre en 1998 valorisent déjà ce constat, il n'en reste pas moins que les mécanismes liés à la consommation du tabac rendent l'application des mesures législatives, qui se succèdent depuis 1976, bien difficile. Face à la pandémie du tabagisme, une lutte s'est engagée dans le monde entier sur les recommandations de l'OMS. Compte tenu du faible impact des mesures déjà mises en œuvre dans ce domaine, et de la progression des préoccupations sanitaires, éthiques et environnementales, quelle forme l'action publique contre le tabagisme doit-elle prendre pour être efficace, dans un contexte socio-culturel fortement attaché à la notion de liberté individuelle ?

Sur la base du constat épidémiologique et des pronostics alarmants qu'il autorise, nous mettrons en évidence les difficultés de lutte contre le tabagisme liées, à la fois, aux mécanismes de dépendance et aux représentations sociales qu'il véhicule.

Après avoir valorisé la réglementation et les projets existants, nous proposerons une démarche de Santé publique et des initiatives faisant appel, non seulement aux arguments scientifiques, mais aussi aux choix de société, à l'équilibre souhaité entre liberté individuelle et liberté collective, et au bon sens.

# 1 UNE PRIORITE DE SANTE PUBLIQUE DIFFICILE A RESOUDRE

La politique de lutte contre le tabagisme doit intégrer les nouvelles données épidémiologiques mais aussi sociologiques et médicales disponibles, s'appuyer sur les dispositions juridiques existantes et tenir compte du débat éthique actuellement engagé.

## 1.1 Une réalité sociale alarmante

Les données épidémiologiques et économiques permettent de mettre en évidence l'ampleur des dommages causés par le tabac.

### 1.1.1 Le constat

Les observateurs de la consommation du tabac sont, au niveau mondial l'OMS, au niveau national le HCSP, au niveau régional les observatoires régionaux de la Santé (ORS). Notre constat épidémiologique s'appuie sur ces données .

## Epidémiologie

**A l'échelle mondiale**<sup>2</sup>, 1,1 milliard de personnes, toutes classes d'âge confondues, est concerné par le tabagisme. Bien que l'usage du tabac soit en diminution dans de nombreux pays développés, il augmente dans la plupart des pays en développement.

Pour une personne qui fume depuis longtemps, le risque de mourir prématurément d'une maladie provoquée par le tabac est de 50%. Chaque année, le tabagisme est à l'origine d'environ 4 millions de décès prématurés.

D'ici 2030, on prévoit que cette épidémie va tuer 250 millions d'enfants et d'adolescents, dont un tiers dans les pays en voie de développement. Le tabagisme sera alors, vraisemblablement, la principale cause de décès et d'incapacité, puisqu'il entraînera la mort de plus de 10 millions de personnes chaque année, soit davantage que l'infection à VIH, la tuberculose, les causes de mortalité maternelle, les accidents de la voie publique, les suicides et les homicides réunis.

**Dans la région Europe** définie par l'OMS<sup>3</sup>, la consommation de tabac est la cause de 1,2 million de morts (14% des décès). La prévalence du tabagisme chez les femmes est

---

<sup>2</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Rapport sur la santé dans le Monde : pour un réel changement*. Genève : OMS, 1999. 131 p.

<sup>3</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Le rapport sur la Santé en Europe*, Septembre 2001.

inférieure d'au moins 15% à celle des hommes. D'ici 2020, le tabac pourrait être à l'origine de 2 millions de morts par an. L'Europe orientale est la plus touchée.

**En France**, au vu des tendances de consommation passées et actuelles, le nombre de morts liées au tabac risque d'être multiplié par deux à l'horizon 2025. Sur les 60 000 morts par an, 5 000 sont des femmes. Les prévisions pour 2025 envisagent 160 000 morts par an dont 50 000 femmes. En 1998 on compte 34% de fumeuses et 42% de fumeurs contre respectivement 20% et 66% en 1950.

Plus d'un jeune sur trois âgé de 12 à 18 ans est consommateur de tabac. L'âge de la première cigarette est aujourd'hui de 14 ans. A 18 ans, 60 % des jeunes français, hommes et femmes à égalité, sont devenus des consommateurs réguliers de tabac.

Des études révèlent que la consommation varie selon les catégories socio- professionnelles. Ainsi, chez les hommes, ce sont les ouvriers qui sont les plus gros consommateurs de tabac (16% de plus que la moyenne) comme l'illustre le tableau n°1 « tabac et catégorie sociale » :

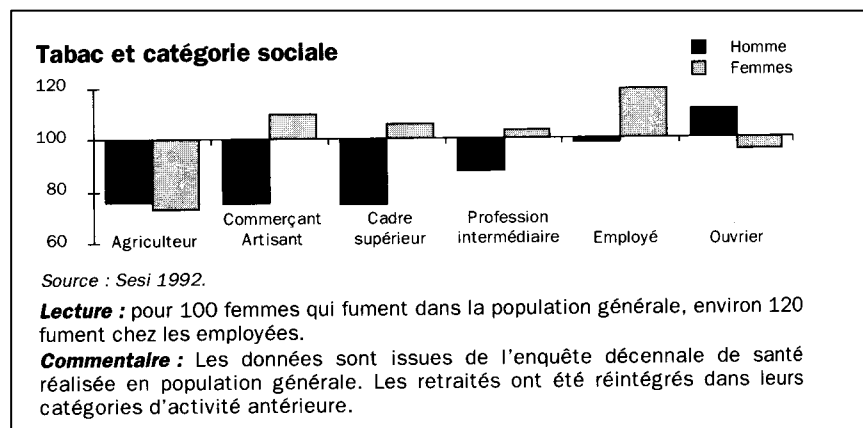


tableau n°1

Des **pathologies spécifiques** sont associées à l'usage du tabac. Il n'est pas possible de déterminer un seuil au-dessous duquel fumer est inoffensif. L'intensité du risque dépend principalement du nombre de cigarettes fumées, du nombre d'années d'exposition au tabac<sup>4</sup> et de l'inhalation.

Le tabac est une cause connue ou probable de quelque 25 maladies. Dans certains cas, comme le cancer du poumon et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (bronchite, emphysème, asthme), il s'agit de la cause majeure. En France, le tabagisme est considéré comme responsable de 90% des cancers du poumon. Les fumeurs ont aussi un

<sup>4</sup> la consommation cumulée de cigarettes est évaluée en paquet année.

risque plus grand de développer des cancers au niveau des lèvres, de la langue, du larynx, du pharynx, des reins, de la vessie et de l'utérus. La consommation de tabac est aussi expressément liée à une forte incidence et à la gravité des cardiopathies.

Les méfaits du **tabagisme passif** sont aujourd'hui bien démontrés : la fumée secondaire que respirent les non-fumeurs contient essentiellement les mêmes produits cancérigènes et agents toxiques que la fumée inhalée par les fumeurs<sup>5</sup>. Comme chez les fumeurs, elle provoque chez les non-fumeurs le cancer du poumon et d'autres maladies, et aggrave les allergies et l'asthme.

Le tabagisme maternel est associé à un risque accru d'avortement spontané, à un déficit pondéral du nouveau-né et à l'inhibition du développement de l'enfant. L'enfant dont les parents fument est davantage exposé au syndrome de mort subite du nourrisson ainsi qu'aux maladies respiratoires - bronchite, rhume et pneumonie notamment.

Le rapport du groupe de travail animé par le professeur Dautzenberg<sup>6</sup>, illustre les méfaits du tabagisme passif comme le démontre le tableau n°2 « Pathologies liées à l'exposition à la fumée » :

<b>Pathologies liées à l'exposition à la fumée</b>	<b>Augmentation du risque</b>
<b>Chez l'adulte</b>	
Accidents coronariens	25 %
Cancer du poumon	26 %
Petit poids à la naissance	17 % (si mère non fumeuse exposée à la fumée)
Retard de croissance intra-utérine	11% (si mère non fumeuse exposée à la fumée)
<b>Chez l'enfant</b>	
Otites récidivantes	21 % si le père fume, 38 % si la mère fume, 48 % si les deux fument
Bronchites	72 % si la mère fume et 29 % pour un autre membre
Crises d'asthme	14 % si le père fume, 38 % si la mère fume, 48 % si les deux fument
Mort subite	Multiplié par 2

Tableau n°2

<sup>5</sup>Annexe 1

<sup>6</sup>DAUTZENBERG B., ABDENNBI K., AUDUREAU G. et al. *Le tabagisme passif*. Paris : La documentation française, 2001.

## **Les bénéfices de l'arrêt du tabac**

Il est démontré que l'arrêt de la consommation du tabac entraîne des bénéfices immédiats avec, dans un premier temps, une amélioration de la capacité respiratoire et un apaisement de la toux. A un an, le risque d'accident vasculaire cérébral retombe à celui du non-fumeur. A 10 ans, le risque de développer un cancer du poumon est deux fois moins élevé que celui d'un fumeur, et le risque d'être victime d'une crise cardiaque redescend au même niveau qu'une personne qui n'a jamais fumé.

## **Les lobbies**

La dangerosité du tabac est bien connue des cigarettiers. L'industrie du tabac apparaît comme un lobby incontournable qui n'a de cesse de manipuler l'opinion publique à des fins commerciales. Les moyens financiers sont énormes et les méthodes peu scrupuleuses. Leur puissance est telle qu'ils ont fortement contrarié l'impact des campagnes mondiales, comme l'a démontré le rapport 2000 de l'OMS « Stratégies des industries du tabac pour saper les activités de contrôle du tabagisme à l'OMS ».

Ce rapport dénonce un certain nombre de « subversions bien financées, sophistiquées et généralement invisibles » :

- l'emploi de spécialistes en relations publiques qui travaillent par ailleurs pour la promotion de la Santé,
- le financement de chercheurs dans le but de manipuler leurs résultats.

Par ailleurs, des enquêtes récentes publiées dans la presse font état d'autres pratiques des cigarettiers, tout aussi condamnables :

- l'organisation de la contrebande,
- le détournement de la loi Evin, par des artifices tels que l'utilisation des couleurs et des logos de la marque dans les courses de formule 1, la distribution de cigarettes dans les établissements universitaires sous prétexte de tests,
- la dépense de millions d'euros dédiés à la promotion du tabac avec l'organisation d'évènements pour la jeunesse comme les « nuits bleues » en discothèque, les « road show », la distribution de gadgets à la marque (briquets, casquettes, cigarettes en chocolat)
- l'influence sur les politiques des Etats en leur suggérant de diminuer les taxes sur le tabac pour lutter contre la contrebande,
- le conseil d'interdiction de la vente aux mineurs de moins de seize ans, alors que l'objectif réel est l'augmentation de la consommation de tabac chez les jeunes tentés par la transgression de l'interdit.

Enfin, les investigations judiciaires aux USA ont prouvé que « des vedettes ou des producteurs de cinéma ont été soudoyés pour promouvoir le tabac en montrant le héros en train de fumer »<sup>7</sup>.

### **Le coût social du tabac**

Depuis 1964, date à laquelle Hammond a montré l'existence d'une surconsommation hospitalière chez les fumeurs, la thèse du coût social a été étudiée et confirmée. Fumeurs et anciens fumeurs masculins présentent un taux de surconsommation respectivement de 11 et 71 %. Le coût social ne se limite pas aux soins médicaux. Il est évalué à 1 milliard d'euros (220 € par habitant) soit 0,8 % du PIB pour les coûts tangibles : perte de productivité (57 %), coût des soins (30 %), perte de prélèvements sociaux (13 %)<sup>8</sup>. A cela, il convient d'ajouter des coûts intangibles : dommages subjectifs (tels que la douleur), coûts liés aux incendies (maison, forêts, début d'incendies par un mégot, décès d'un membre de la famille).

A ces coûts directs et indirects, il faut retrancher les bénéfices retirés par l'économie : impôts, taxes, emplois, ...

Par ailleurs, le rapport coût/bénéfice, évalué selon les études<sup>9</sup> entre 1,6 et 5,6 est intéressant à analyser car il dégage un certain nombre de critères qui seront retenus pour mener des actions.

L'analyse coût/bénéfice rapportée aux acteurs économiques montre que le tabac coûte à l'individu, à sa famille (achat du tabac, perte de revenu professionnel, décès précoce) et à l'employeur (perte de production). Seuls l'Etat et l'assurance maladie en tirent un avantage économique car les surcoûts (dépenses de soins de santé, pensions d'invalidité et de veuvage, lutte contre les incendies, subventions à l'industrie du tabac, programmes d'éducation pour la santé) sont inférieurs aux gains (impôts et taxes) et aux économies réalisées sur les retraites non versées.

Au total, les économistes de la santé s'accordent pour dire que les coûts sont deux fois supérieurs aux bénéfices engendrés ; ce résultat inacceptable justifie la mise en place d'une politique de lutte contre le tabac.

La question du tabagisme s'analyse également sous l'angle des déterminants physiologiques et psychologiques, et doit tenir compte du caractère addictif de la nicotine.

---

<sup>7</sup> ALLIANCE FRANCAISE POUR LA SANTE, COALITION CONTRE LE TABAGISME. *La lutte contre le tabagisme*. Note d'information à l'attention des parlementaires. Sept 2002.

<sup>8</sup> FENOGLIO P., PAREL V., KOPP P. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites. *ADSP*, Décembre 2000, n° 33, pp. 71-75.

<sup>9</sup> CASTIEL D. conférence : Le coût du tabagisme. ENSP, 27 septembre 2002.

### **1.1.2 Les déterminants susceptibles de favoriser la consommation du tabac et la dépendance au produit**

La complexité de l'analyse des déterminants favorisant aussi bien l'initiation à la pratique que l'installation dans la dépendance, tient à des facteurs hétérogènes, propres à chaque individu (éléments physiologiques, psychologiques), et à l'interaction qui existe entre eux.

#### **Les facteurs physiologiques**

Les déterminants physiologiques au tabagisme sont dorénavant expliqués par l'évolution des connaissances scientifiques. Les déterminants de nature intrinsèque sont identifiés en termes de vulnérabilité génétique. L'influence héréditaire<sup>10</sup> a été prouvée dans la construction des profils face au tabac, notamment pour l'acquisition d'un profil de non-fumeur (rejet du tabagisme) ou pour celui de fumeur (notamment de fumeur à forte dépendance). L'usage du tabac intervient comme déterminant physiologique extrinsèque et conduit au phénomène de la dépendance physique. Les composants du tabac agissent en substitution ou en complément des neuromédiateurs, naturellement sécrétés par le système nerveux.

Plusieurs effets ont été mis en évidence<sup>11</sup> : des sensations antalgiques, des effets stimulants et antidépresseurs, et des effets anorexigènes. L'hypothèse de l'assimilation du tabac à une nourriture est souvent évoquée, nourriture qui a même sa branche « light » à l'instar des produits alimentaires.

La nicotine génère une dépendance physique, définie par l'OMS comme étant "une interaction entre un organisme vivant et un produit, conduisant à son utilisation compulsive, c'est-à-dire irraisonnée et incontrôlable par la seule volonté". Pour les pharmacologues, la dureté d'un produit addictif correspond à la force avec laquelle il accroche l'individu, et pas seulement à sa toxicité aiguë. Les sociologues<sup>12</sup>, quant à eux, envisagent la dépendance au tabac, non pas sous son aspect addictif, mais sous sa forme sociale, comparable à un « jeu pathologique ».

#### **Les facteurs psychologiques**

Le comportement tabagique est généralement déterminé par des facteurs inconscients de vulnérabilité, liés aux états affectifs et aux composants de la personnalité, en particulier chez

---

<sup>10</sup>REYNAUD M., PARQUET P., LAGRUE G. *Les pratiques addictives*. Paris : Odile Jacob, 2000. 273 p.

<sup>11</sup> MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. *Drogues : savoir plus, risquer moins*. VANVES : CFES, 2000. 117 p.

<sup>12</sup> PADIEU R., BEAUGE F., CHOQUET M. et al. *Dépendance et conduites de consommation*. Paris : INSERM, 1997. 243 p.

les adolescents, qui n'ont pas conscience de la cause réelle de leur consommation et qui donnent souvent un justificatif stéréotypé.

Pourquoi fume-t-on ? Pour rechercher des sensations, pour mieux supporter une tension pénible, pour se libérer de son anxiété, pour prouver sa virilité ou son émancipation féminine<sup>13</sup>. Les données épidémiologiques ont permis d'établir que, chez les fumeurs, les antécédents psychopathologiques, les états dépressifs et les différentes formes d'anxiété sont deux à quatre fois plus nombreux que chez les non-fumeurs.

Le tabac répond aussi à une démarche d'accès au plaisir<sup>14</sup>, qui constitue la première raison avancée par les fumeurs. Cette sensation est de l'ordre de la perception subliminale, avec une excitation de l'ensemble des organes des sens. Néanmoins, elle est liée à celle du déplaisir. En effet, au fur et à mesure que le système addictif s'installe, le plaisir s'amenuise et finit par disparaître. La peur du manque est désignée par une majorité de fumeurs comme le frein le plus fort à l'arrêt, en des termes d'une intensité qui n'est pas sans rappeler la dépendance liée aux toxicomanies lourdes. Cependant, celui-ci peut être, dans le même temps, vécu par le fumeur comme l'expression de sa dépendance au produit, devenant dès lors un motif d'arrêt en soi. La difficulté vient du fait que les niveaux physiologique et psychologique sont interdépendants et qu'il ne peut y avoir de modalités uniformes pour s'arrêter de fumer.

A cela, s'ajoutent des représentations sociales et des constructions identitaires surdéterminantes dans l'installation du tabagisme.

### **1.1.3 Les représentations sociales et les constructions identitaires liées à la consommation du tabac**

Après trois siècles d'usage, le tabac a connu, dans la société française, un véritable processus de socialisation en termes de représentations et d'identité : élément de rituel, de fête, élément de conscience de soi et des autres.

#### **Des représentations sociales évolutives**

Avant 1975, l'usage du tabac est favorisé par les pouvoirs publics (distribution gratuite de cigarettes au cours du service national). De prix accessible, le tabac est un soutien en temps de guerre ou dans les épreuves difficiles. Souvent considérée comme un élément de l'émancipation adolescente, la cigarette permet d'affirmer sa liberté face à un discours social stigmatisant, et de se créer une personnalité attrayante. Depuis les années 1940, les

---

<sup>13</sup>FRYDMAN M. *Les habitudes tabagiques*. Bruxelles : Labor, 1987. 196 p.

<sup>14</sup>TASSIN J.P., DORAY B., FUHRER F. et al. *Variabilités individuelles des sensibilités à la dépendance*. Paris : INSERM, 2000. 115 p.

marques américaines véhiculaient des valeurs de virilité et de puissance pour les hommes, et de séduction et d'émancipation pour les femmes.

A partir de 1975, l'évolution des représentations intègre la poussée de protestation des non-fumeurs, le tabagisme étant perçu comme une dépendance. La société se lit sous un rapport fumeurs/non-fumeurs ; l'émergence de conflits, réels ou potentiels, entre ces deux catégories, est de nature à alimenter cette opposition. Néanmoins, l'arrêt du tabac devient vecteur de communication.

### **Des constructions identitaires déterminantes**

Fumer relève d'un statut et participe à la construction d'une identité. Ainsi, pour les jeunes, le tabac permet l'intégration dans le groupe des pairs, la transgression des interdits, la libération d'une angoisse diffuse. En outre, la cigarette est perçue de façon ambivalente : elle peut être symbole d'émancipation ou de dépendance, expression d'un élan vital ou manifestation d'une pulsion morbide.

Pour le gros fumeur, le tabagisme s'articule autour de trois pôles distincts : la fonction de gestion de l'angoisse et/ou de recherche du bien-être, la fonction de lien social et la recherche du plaisir.

Cet univers tabagique définit un véritable schéma identitaire. Le fumeur peine à imaginer qu'une identité stable puisse être reconstituée en dehors du tabac.

Les raisons de fumer apparaissent moins déterminantes que les motifs de l'arrêt. « L'accomplissement d'une identité de fumeur est un surdéterminant puissant de la perpétuation des comportements tabagiques, que renforcent la temporalité et la probabilité des bénéfices et des coûts : les bénéfices du tabac sont en effet un enjeu quotidien, tandis que les coûts les plus graves sont toujours envisagés dans un avenir lointain. Les bénéfices aujourd'hui sont une certitude ; les coûts ne sont qu'une éventualité »<sup>15</sup>.

En matière d'action publique, quelles sont les mesures politiques existantes ?

## **1.2 Une volonté politique affirmée face à un questionnement éthique**

Dans de nombreux pays, l'évolution de la législation s'est faite sur trois périodes :

- 1890-1960 : interdiction de la vente aux mineurs et prévention du risque d'incendie dans les lieux publics ; ainsi au Canada, la loi de 1908 limite la consommation du tabac par les jeunes et interdit la vente ou la fourniture de cigarettes aux moins de 16 ans,

---

<sup>15</sup> COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Prévention du tabagisme 2000-2003*. CFES, 2000. 67 p. Dossier technique.

- 1960-1970 : reconnaissance du lien entre tabagisme et santé ; apparition d'une réglementation relative à la publicité et à l'étiquetage des paquets de cigarettes comme en Italie avec la loi de 1962,
- à partir de 1975 : adoption de lois globales ou considérablement renforcées, comme au Canada, avec la loi antitabac très complète de 1988, et en Islande, avec la loi antitabac de 1984.

L'adoption de cette législation renvoie à un débat de société.

### **1.2.1 Le cadre juridique français, européen et mondial**

**En France**, la mise en œuvre de politiques publiques remonte à 1976 avec la loi Veil<sup>16</sup> qui prévoyait la limitation de la publicité et de la distribution gratuite du tabac.

Par la suite, la loi Evin du 10 janvier 1991 interdit la publicité et souhaite informer le consommateur des méfaits du tabac grâce au message sanitaire inscrit sur chaque paquet de cigarette : « nuit gravement à la santé », protège les non-fumeurs en interdisant de fumer dans les lieux à usage collectif et instaure une « Journée sans tabac ». Elle permet aux pouvoirs publics d'augmenter les taxes qui représentent 70% du prix des cigarettes.

Ainsi, le dispositif législatif et réglementaire français prévoit-il des mesures en matière de production et de commerce (fixation des teneurs maximales en goudron et message sanitaire), de publicité, de lieux collectifs et d'action sur les prix.

Cependant, le dispositif de santé publique reste insuffisamment développé. Il existe encore trop peu de centres de sevrage, de structures spécialisées ou de personnes formées dans la lutte contre le tabagisme.

C'est pourquoi, un plan gouvernemental ambitieux a été présenté en mai 1999, à la suite des recommandations du HCSP, dont l'objectif est une baisse de la consommation de 5% par an pour l'ensemble de la population, de 30% en trois ans chez les jeunes et de 50% en trois ans chez les femmes enceintes.

Le plan prévoit une série de mesures : aide au sevrage, prévention et protection des non-fumeurs, par le biais d'opérations telles que « Etablissements sans tabac » (Ministères, hôpitaux, facultés, villes).

Par ailleurs, des stratégies de prévention sont menées depuis 1976, à travers des campagnes de communication, dans un premier temps, généralistes ou ciblées sur des populations particulières, puis axées sur les comportements, enfin à partir de 1997 centrées autour de la problématique de l'arrêt.

---

<sup>16</sup> *La lutte contre le tabagisme : les principaux textes de loi*. Paris : Editions du journal officiel, Juin 2001.

Le tableau « Recensement des textes, rapport et campagnes anti-tabac » (annexe 2) récapitule l'ensemble des lois, textes et campagnes élaborés en France depuis 1976.

Au plan jurisprudentiel, il est à noter que la Cour de Cassation a, jusqu'à présent, eu une interprétation stricte de la loi Evin, notamment en ce qui concerne les mentions autorisées et la publicité déguisée<sup>17</sup>. Elle recherche systématiquement s'il y a eu volonté de déguiser (Cass. Crim, 17/01/96). Ainsi, dans une affaire opposant le Comité national contre le tabagisme et le groupe JTI Reynolds, la 31<sup>ème</sup> Chambre du Tribunal Correctionnel de Paris a considéré que « l'utilisation du personnage de Joe Camel sur les paquets de cigarettes [et les slogans du type] *Qui est votre meilleur compagnon de route ?* violent les dispositions de la loi Evin qui interdisent toute forme de publicité en faveur du tabac ».

Le dispositif législatif de la France s'inscrit lui-même dans un contexte européen et mondial qui se doit d'être évoqué.

**En Europe**, chaque Etat membre dispose de mesures législatives ou réglementaires, souvent incitatives, en matière de prévention du tabagisme passif.

La Finlande comme la France se sont dotées d'une réglementation spécifique de protection des non-fumeurs. A la différence de la France, la Finlande a fait le choix de procéder par étape, avec une phase de préparation et de communication en direction du public.

Au total, à l'échelon européen, l'harmonisation des législations devrait progresser dans les années qui suivent, au bénéfice d'un meilleur niveau de protection des droits des non-fumeurs.

**Au plan mondial**, 90 pays ont adopté des programmes de lutte contre le tabagisme sous forme d'une législation « globale » en vue d'un programme complet et polyvalent, ou d'une législation « catégorielle » visant un ou plusieurs aspects de cette lutte.

En 1999, sous l'impulsion très déterminée de sa nouvelle directrice Mme Gro Harlem Brundtland, l'OMS décide, en assemblée générale, de rédiger une « Convention Cadre pour la lutte antitabac » (CCLAT) déclarée prioritaire. La date cible de signature de ce document par l'ensemble des Etats membres est prévue en mai 2003.

Les retombées des politiques engagées sont cependant contrecarrées par le poids financier considérable de l'industrie du tabac.

---

<sup>17</sup> Exemple: Cass.Crim., 29/07/94 (Bull. Crim. N°261 et 262, p.644 et s.).

### **1.2.2 La puissance économique face à la volonté politique**

La production et la consommation de tabac ont un poids économique tel qu'il est indispensable de tenir compte des conséquences économiques d'une politique de lutte contre le tabac.

L'Etat peut, en effet, craindre qu'une telle politique porte préjudice à ce secteur. La Banque Mondiale s'est attachée, dans un rapport d'avril 2000, à démontrer le contraire<sup>18</sup>.

Dans l'immense majorité des cas, les politiques de relèvement des taxes ne provoqueraient pas de perte d'emplois durables. En effet, si la consommation de tabac déclinait, les consommateurs se détourneraient vers d'autres produits : une telle réorientation des consommations aurait, selon la Banque Mondiale, une incidence positive sur l'emploi.

Par ailleurs, une majoration des taxes ne ferait pas baisser les recettes fiscales, au contraire. Si la quantité de tabac vendue était plus faible, la hausse des taxes permettrait de maintenir les recettes fiscales au même niveau.

En matière de lutte contre le tabagisme, « la législation représente l'une de ces armes essentielles et indispensables, dont nul pays ne peut se passer »<sup>19</sup>. Comme nous venons de le constater, notre pays s'y emploie. Pour autant, une société démocratique ne peut être liberticide et il lui appartient de concilier intérêts individuels et intérêt collectif. Mais en matière de tabac, peut-on réellement parler de liberté ? N'est-ce pas là une illusion ?

### **1.2.3 Une liberté de choix ou une illusion de liberté**

#### **Que serait la liberté de fumer ?**

La liberté pourrait être la faculté de fumer comme bon nous semble, sans souci de notre santé, de notre environnement, car finalement c'est un risque que nous choisissons. Certes, le risque fait partie de l'homme et sans risque, la vie serait mortifère<sup>20</sup>. Mais interpréter la liberté dans ce sens serait méconnaître le sens profond du concept. Si la prise de risque relève de la liberté individuelle, la liberté n'est pas la licence.

Être libre, c'est agir en fonction d'une conduite que l'on s'est fixée, une conduite responsable. Ainsi, être libre serait être en capacité de répondre de ses actes. Hans Jonas fait même de la responsabilité un principe éthique, qui sera à l'origine du principe de précaution développé dans nos sociétés : « agis de telle sorte que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre ».

---

<sup>18</sup> LA BANQUE MONDIALE. *Maîtriser l'épidémie : l'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Avril 2000.

<sup>19</sup> Dr SASCO A. : Directrice de Recherche à l'INSERM.

<sup>20</sup> LE BRETON D. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses universitaires de France, 1998. 263 p.

Que devient alors notre cigarette au croisement de la liberté et de la responsabilité ? Être libre de fumer serait, par conséquent, fumer en tenant compte de l'autre, de son environnement propre. Revendiquer le positionnement "si je veux, où je veux, quand je veux" comme un acte de résistance apparaît, dès lors, sans fondement.

En France, « la fumée des autres »<sup>21</sup> est responsable de plus de 3 000 morts par an<sup>22</sup>. Le tabagisme passif constitue, à ce titre, l'une des raisons majeures pour promouvoir « l'ère sans tabac »...

Cette question devient plus préoccupante lorsqu'il s'agit d'enfants en bas âge. Les conséquences nocives sont maintenant avérées. S'interroger sur la liberté au sens de responsabilité éthique prend toute sa dimension au regard des dangers du tabagisme passif. Dans un milieu de fumeurs, le non-fumeur pourra au moins exprimer son mécontentement, éventuellement s'éloigner. Le jeune enfant n'échappera au tabagisme passif que si on prête attention à sa fragilité, mais le fœtus pourra difficilement fuir le contact du tabac. Les études démontrent que 30 % des femmes enceintes fument (soit 3 fois plus qu'il y a 25 ans)<sup>23</sup> : il s'agit là d'un vrai problème de santé publique.

Le choix d'une conduite à risque au nom des libertés individuelles doit-il primer sur l'éthique de responsabilité envers autrui ?

### **Pour autant, la liberté individuelle est-elle réelle quand il s'agit du tabac ?**

Nous avons montré précédemment qu'il existait des éléments susceptibles de favoriser la consommation du tabac et la dépendance. Par conséquent, fumer, malgré les apparences, n'est pas un acte accompli en toute liberté.

L'individu pense choisir librement de fumer, en réalité, la cigarette l'a déjà choisi... « Je me croyais libre sur un fil d'acier, quand tout équilibre vient du balancier, je croyais choisir, et j'étais choisi »<sup>24</sup> Ainsi, penser que le choix de fumer relève de la liberté individuelle est un leurre. D'une part, il est prédéterminé, d'autre part, il est soigneusement entretenu par le lobby des cigarettiers, ainsi que nous l'avons évoqué.

Préserver la santé des uns au nom du bien commun, du «droit à la protection de la santé »<sup>25</sup>, et les libertés individuelles des autres est un défi pour les politiques de santé publique. Pour tenter d'y parvenir, le conseil scientifique du Comité français d'éducation pour

---

<sup>21</sup> ALLIANCE FRANCAISE POUR LA SANTE, COALITION CONTRE LE TABAGISME. *La lutte contre le tabagisme*. Note d'information à l'attention des parlementaires. sept 2002. »

<sup>22</sup> Etude réalisée par l'Académie nationale de médecine en 1999.

<sup>23</sup> Rencontres nationales *La femme et le tabac*- le Havre- 3,4,5 mai 2001, « Pourquoi prendre en charge les femmes enceintes fumeuses » Pr COLLET M.

<sup>24</sup> Aragon cité par CAMBIER A., philosophe. Conférence : Lille, mars 2000

<sup>25</sup> Préambule de la Constitution de 1946.

la santé (CFES) a posé le principe éthique suivant : « il n'est pas légitime d'imposer des comportements prédéterminés, au nom du devoir d'être en bonne santé ; il y a là un véritable danger d'aboutir à une aliénation des personnes et des groupes sous le prétexte de prévenir certains risques »<sup>26</sup>...

A ce point du débat, force est de constater que les mesures législatives existantes n'ont pas eu les effets escomptés pour résoudre ce problème. Il y a donc nécessité de prendre en charge la population, grâce à un projet intégrant non seulement les données épidémiologiques, mais aussi les données culturelles, économiques, sociologiques et médicales récentes avec la mise en évidence de la nocivité du tabagisme passif.

---

<sup>26</sup> Avis du conseil scientifique du CFES éditions CFES Dossiers Techniques 1999 - 2001

## **2 UNE DEMARCHE COLLECTIVE RENFORCEE**

Nous savons désormais que le tabagisme est un problème social, politique et économique. Même si les résultats des actions entreprises sont modestes, la diversité des expériences et des études a permis d'approfondir nos connaissances, d'affiner des stratégies nationales et de recadrer la prévention dans un contexte plus large et mieux ciblé. En conséquence, à la lumière de pratiques internationales exemplaires, qui confirment la validité et l'efficacité de certaines actions, il est possible de proposer une liste de mesures à adopter en France pour réduire la consommation du tabac dans le cadre d'une politique globale. Un mode de financement et un programme d'évaluation seront proposés.

### **2.1 Des actions globales et transversales**

Il s'agit de proposer différentes stratégies de mesures fiscales et financières, de prévention, de communication y compris sur la perversité des démarches de l'industrie du tabac, d'aide au sevrage mais aussi de recherches psycho-sociales.

#### **2.1.1 Agir sur le prix**

- **Augmenter régulièrement les prix**

L'action sur le prix du tabac est considérée comme le moyen le plus efficace pour faire diminuer la demande. Selon la Banque Mondiale, une hausse de 10% sur le prix d'un paquet de cigarettes entraîne une baisse de la demande de 4% dans un pays développé. La majoration des taxes dissuade les jeunes de commencer à fumer et motive certaines personnes à diminuer leur consommation ou à arrêter de fumer. Même si la taxation (77% du coût d'une cigarette) demeure encore aujourd'hui une source de revenus pour l'Etat, elle devient désormais un levier d'action dans une démarche de santé publique visant toute la population : les fumeurs potentiels, les anciens fumeurs et les fumeurs.

- **Augmenter les prix de façon substantielle**

Pour être efficace, une augmentation des prix doit être substantielle. Cette politique est fondée sur la théorie économique selon laquelle la hausse du prix d'un produit entraîne une baisse de la demande. Il faut cependant tenir compte du caractère addictif du tabac. Une hausse non significative des prix n'a aucun effet sur la consommation (les baisses des ventes enregistrées sont la conséquence des anticipations des agents économiques suite à l'annonce d'une hausse des prix). Le rapport de la Banque Mondiale souligne, à cet égard, que c'est sur le long terme que les fumeurs les plus dépendants modifient leur consommation. Ils réagissent lentement aux hausses des prix car leur consommation actuelle est déterminée par leur consommation antérieure.

Un des principaux apports de la loi Evin par rapport à la loi Veil est d'avoir exclu le prix du tabac du calcul de l'indice des prix, autorisant ainsi une forte augmentation des prix.

On a constaté que le quasi doublement du prix de 1991 à 1997 a entraîné une baisse des ventes de 14%. En outre, les faibles augmentations du prix de 1998 à 2001 (5% chaque année) n'ont eu aucune conséquence sur les ventes. La hausse de 8% début 2002 a eu pour conséquence une diminution de la consommation de 4%, ce qui confirme bien cette hypothèse.

- **Généraliser cette augmentation sur tous les produits du tabac**

Pour qu'une politique de surtaxation soit efficace, il faut nécessairement que les augmentations touchent tous les produits du tabac. En effet, la consommation du tabac à rouler s'est substituée à celle des cigarettes qui ont subi une plus forte augmentation. Il faut donc veiller à ce que la hausse de taxation vise l'ensemble des produits du tabac. Il est prévu en France en 2003 d'augmenter le tabac à rouler de 20% et les cigarettes de 10%.

- **Asseoir les taxes sur la quantité du tabac et non sur les prix**

Cette proposition s'inscrit dans le cadre des préconisations de l'OMS. Les taxes portent actuellement sur le prix du tabac. Or, ce prix est fixé exclusivement par les fabricants et interdiction est faite à l'Etat de fixer le prix des tabacs importés. En effet, le Conseil d'Etat, dans un arrêt du 28 février 1992<sup>27</sup>, a considéré que la loi française de 1976 était contraire à une directive européenne de 1972 fixant un régime de liberté des prix. L'Etat se trouve donc dans une position de faiblesse. Les fabricants peuvent toujours faire le choix de pratiquer un dumping sur la France, ce qui entraînerait une chute des taxes défavorable à l'équilibre budgétaire. L'idée d'asseoir l'essentiel des taxes sur la quantité du tabac permettrait à l'Etat de retrouver une position de force.

- **Harmoniser les politiques de prix au plan européen**

Il existe un risque réel que les consommateurs effectuent des achats frontaliers ou se tournent vers les ventes en duty free. L'exemple de la politique de forte augmentation des prix à New York l'illustre bien : les ventes ont fortement diminué dans cette ville, mais elles se sont reportées sur les états voisins. Pour la France, seule une harmonisation des politiques européennes permettrait de surmonter cet obstacle.

Une politique efficace de lutte contre le tabac passe donc nécessairement par une action sur le prix. Un large consensus se fait autour de cette idée puisque les enquêtes d'opinion publique montrent que même les fumeurs approuveraient une hausse.

---

<sup>27</sup> Conseil d'Etat dans un arrêt du 28 février 1992, Société Rothmans International France et SA Philip Morris France contre Ministre chargé de l'économie.

### 2.1.2 Une politique de dénormalisation

La dénormalisation, étymologiquement « rendre non normal », est un concept nord-américain qui recouvre deux démarches. La première, appelée démarketing ou publicité de dissuasion, consiste à inverser le processus par lequel, depuis des décennies, l'industrie du tabac s'est présentée comme une industrie qui commercialise un produit légitime et normal. La deuxième permet de favoriser un changement des normes sociales.

Pour impulser une politique de dénormalisation, il convient de :

#### **Faire appliquer la législation, assurer une veille juridique**

*Dans les lieux publics*, la loi Evin est mal respectée voire ignorée « même dans les locaux les plus symboliques relevant de l'Etat : hôpitaux, établissements d'enseignement, administrations. Cette situation pénalise les non-fumeurs et ridiculise l'Etat, incapable de faire respecter ses propres lois. Dix ans après la promulgation de la loi Evin, il devient impératif de la mettre en œuvre. C'est une question de courage et de volonté (politique)». <sup>28</sup>

*Sur les lieux de travail*, il faut mobiliser les principaux acteurs. Pour donner des moyens d'action aux inspecteurs et aux médecins du travail, il convient compléter le dispositif législatif en introduisant la loi Evin dans le Code du travail.

*Dans les bars et les restaurants*, à l'instar des hôtels internationaux fréquentés par une clientèle nord-américaine habituée aux espaces non-fumeurs, la délivrance de labels de qualité certifiant que l'air est peu pollué serait une incitation au respect de la loi.

#### **Révéler le comportement du business cigarettier et lutter contre ses actions de promotion**

La démarche de lutte contre les stratégies développées par les industries du tabac est un levier essentiel pour réduire efficacement la consommation tabagique, considérée comme « une maladie transmissible par la publicité, la promotion et les parrainages » <sup>29</sup>. Les propositions développées ci-après visent à privilégier la transparence vis à vis du consommateur et à veiller au respect de la législation en vigueur.

- **Contre la stratégie du mensonge et de la duperie :**

En affirmant que « fumer est un droit », les firmes du tabac nient implicitement celui des non-fumeurs et occultent le fait que l'apport nicotinique infléchit la volonté réelle du fumeur.

Il est fondamental d'**instaurer un véritable dispositif de veille** à l'égard des industries du tabac pour contrer leur stratégie. Ceci permettrait de centraliser les informations collectées par les organismes publics et associatifs, sous la forme d'un réseau fiable de vigilance, largement accessible à l'ensemble des acteurs engagés dans la lutte contre la promotion du tabac.

---

<sup>28</sup> ALLIANCE FRANCAISE POUR LA SANTE, COALITION CONTRE LE TABAGISME. *La lutte contre le tabagisme*. Note d'information à l'attention des parlementaires. Sept 2002.

<sup>29</sup> GRO HARLEM BRUNDTLAND : Directeur général de l'O.M.S.

Il faut **initier des enquêtes**<sup>30</sup> pour mieux cerner le comportement des industriels, le contrecarrer et identifier les «groupes de façade » travaillant pour le compte de ces compagnies, en particulier dans le domaine des relations publiques. Il convient de sensibiliser les médecins et les universitaires susceptibles d'être sollicités par les industriels, pour éviter toute forme de collusion.

▪ **Combattre la violation de la loi Evin en matière de publicité :**

Pour contourner l'interdiction légale, l'industrie du tabac essaie de trouver des moyens novateurs pour faire de la publicité détournée ou dissimulée en faveur des produits du tabac, particulièrement auprès des jeunes.

Le dispositif juridique doit donc être complété et renforcé par l'introduction de la notion de flagrant délit de publicité ou de promotion en faveur du tabac, par une simplification des procédures, et par une action d'information et de sensibilisation des magistrats et des professions judiciaires sur la gravité de la situation. Il faut renforcer la menace que font peser les procès sur les cigarettiers, en élargissant la possibilité d'ester en justice pour toutes les associations.

### **2.1.3 La promotion de la santé**

La démarche de santé publique relative au tabagisme ne peut se passer de l'éducation pour la santé qui consiste à informer et à former le public, afin qu'une réelle prise de conscience sur les méfaits du tabac s'opère pour tout un chacun.

Jusqu'à ce jour, les actions d'éducation pour la santé n'ont eu que peu d'impact sur la consommation de tabac<sup>31</sup>. Néanmoins, il est pertinent d'agir afin que le tabac soit considéré autrement, et notamment que sa place au sein de notre société soit respectueuse des droits individuels.

#### **Informer le grand public**

Aujourd'hui, la communication de l'Institut national de promotion et d'éducation pour la santé (INPES) a évolué et plutôt que de « donner des leçons », de culpabiliser, elle tente de convaincre et de faire réfléchir. Ses actions sont de plus en plus ciblées sur la problématique de l'arrêt du tabac. C'est ainsi que les campagnes de prévention du tabagisme ont participé au renversement de la tendance qui amène à constater «un essoufflement de l'image positive du fumeur et une tendance à la revalorisation du non-fumeur »<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Convention-cadre pour la lutte antitabac*. Cinquième session. 25 Juin 2002.

<sup>31</sup> CASTIEL D. conférence : Le coût du tabagisme. ENSP, 27 septembre 2002.

<sup>32</sup> PRAT B. La stratégie et le dispositif de communication. *La santé de l'homme*, Décembre 1998, n° 338, pp. XVIII-XXI.

A présent, l'objectif est d'amener à conforter cette image positive de la vie sans tabac et de faire diminuer sa consommation. Dans ce sens, les campagnes d'éducation à la santé doivent tenir compte du fait que « la prise de conscience des conséquences du tabac sur la santé est la première motivation déclarée spontanément par 50% des anciens fumeurs et fumeurs »<sup>33</sup>.

### **Impliquer les acteurs**

C'est pourquoi, il est important de favoriser la construction de la motivation, de la confiance en soi et de donner une image suffisamment positive de la vie sans tabac, d'en démontrer les avantages. Pour que ces campagnes aient de réelles chances d'aboutir, elles doivent être relayées et soutenues par des professionnels tels que :

- le médecin en tant que relais, conseiller, soutien, aide, (par exemple, lors de la prescription de contraceptifs oraux une mise en garde systématique sur le risque lié à l'association pilule/tabac),
- le pharmacien en tant que promoteur du sevrage tabagique,
- l'assistante sociale en tant que personnel proche d'une population souvent démunie pour la conseiller, l'orienter, la soutenir,
- le personnel éducatif et les enseignants en tant que personnes ressources des enfants et adolescents pour leur donner l'exemple, les conseiller, les soutenir et leur apporter une dimension de santé publique,
- le personnel médico-soignant en milieu hospitalier (consultations d'aide au sevrage tabagique...),

et par des non professionnels,

- les parents qui ont un « rôle crucial » pour que les enfants acquièrent très jeunes de bonnes habitudes et un état d'esprit intégrant la dimension santé dans leur vie quotidienne,
- le consommateur lui-même qui est au cœur de l'action éducative.

### **Former les professionnels**

Ils doivent recevoir une formation suffisante, avoir les moyens matériels et le temps nécessaire qui les amèneront à se sentir aussi efficaces que lorsqu'ils réalisent des actes de prévention très médicalisés comme le dépistage des cancers.

La formation des professionnels devra être suffisamment poussée, précise et ciblée afin qu'ils se sentent réellement armés pour contrer le tabagisme et agir auprès de leurs patients avec conviction.

---

<sup>33</sup> VELTER A. Attitudes et comportements face à l'arrêt du tabac. *La santé de l'homme*, Décembre 1998, n° 338, pp. V-VI.

## **Pérenniser les actions éducatives**

Les actions menées par les différents organismes devront nécessairement être progressives et continues sachant que la durée de vie maximum d'une bonne politique d'éducation sanitaire n'est que de 6 mois.

### **2.1.4 L'aide à l'arrêt**

L'objectif est d'obtenir l'arrêt du tabac chez les fumeurs, surtout les moins de 35 ans, condition indispensable pour réduire les risques sanitaires dans les 20 à 30 ans à venir. Pour ce faire il faut :

- obtenir des professionnels de santé que le « conseil minimal anti-tabac » développé dans le programme NICOMEDE<sup>34</sup>, soit systématiquement donné à chaque consultation sous la forme de deux questions : « Fumez vous ? » et si la réponse est positive : « Envisagez vous d'arrêter ? »,
- renforcer la formation des professionnels de santé,
- améliorer l'accessibilité aux traitements substitutifs et assurer leur remboursement,
- développer des programmes spécifiques pour les publics vulnérables : femmes enceintes, malades chroniques, jeunes...,
- construire des projets innovants, incluant une accroche plus ludique, sous forme de jeux, de concours ...,
- renforcer le soutien psychologique pour les fumeurs souhaitant s'arrêter : groupes d'auto-support, forum internet, tabac info service...

### **2.1.5 Les recherches psycho-sociales**

Quelle que soit la politique engagée, il est nécessaire de mieux connaître les facteurs psycho-sociaux prédisposant à la consommation tabagique, facteurs déjà largement explorés et exploités par les cigarettiers dans leurs stratégies de marketing.

Ces recherches permettraient de mieux saisir les motivations qui poussent les jeunes à commencer à fumer, et de mieux comprendre le processus d'abandon du tabac.

D'autres recherches pourraient être menées en direction de populations spécifiques comme les personnes institutionnalisées et les sans-abri.

Ces propositions d'action requièrent un financement à hauteur des enjeux de santé publique.

---

<sup>34</sup> Note d'information DGS/SP 3 n°99-500 du 25 août 1999 relative à la lutte contre le tabagisme ; formation des médecins généralistes à l'arrêt du tabac.

En France, 20 millions d'euros sont actuellement consacrés par l'Etat et par l'assurance maladie à la politique de prévention du tabagisme, ce qui ne représente que 0,2% des recettes fiscales alors que l'OMS préconise d'atteindre le niveau de 1%.

L'augmentation des recettes et la création d'une ligne budgétaire spécifique affectée à la lutte contre le tabagisme permettraient de financer des actions de formation, de prévention, de recherche, de soutien aux associations et d'évaluation des actions à un niveau significatif, nécessité incontournable pour la mise en œuvre d'une politique ambitieuse.

## 2.2 Une évaluation nécessaire

Il est indispensable que soit mis en place un processus d'évaluation qui déterminera les progrès effectués dans la réalisation des objectifs fixés. En effet, cette évaluation permet de donner du sens et de la valeur au projet élaboré.

L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), le Centre de recherche et de documentation en économie de la Santé (CREDES), la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), l'Observatoire des drogues et toxicomanies (OFDT), l'Institut national de prévention et d'éducation en Santé (INPES)... sont des organismes en charge de cet aspect au niveau national.

Cette évaluation est complexe et difficile. En effet, la plupart de ces études reposent sur des enquêtes menées à partir de questionnaires auto-administrés sur des populations volontaires. De plus, l'effet d'une action antitabac n'est pas immédiat et il n'est mesuré qu'après une période de 20 à 30 ans (incidence sur la mortalité par exemple).

Les critères d'évaluation rencontrés dans ces enquêtes, à court, moyen et long terme sont axés d'une part sur les données épidémiologiques, d'autre part sur les résultats économiques avec les quantités consommées et vendues, et les études coût/bénéfice.

Enfin, l'évaluation des actions d'éducation pour la santé doit aussi s'appuyer sur des indicateurs qualitatifs se rapportant à la qualité de la vie.

Nous proposons qu'un **rapport d'étape annuel** consistant en un suivi des indicateurs clés, soit élaboré. Idéalement, il devra comporter :

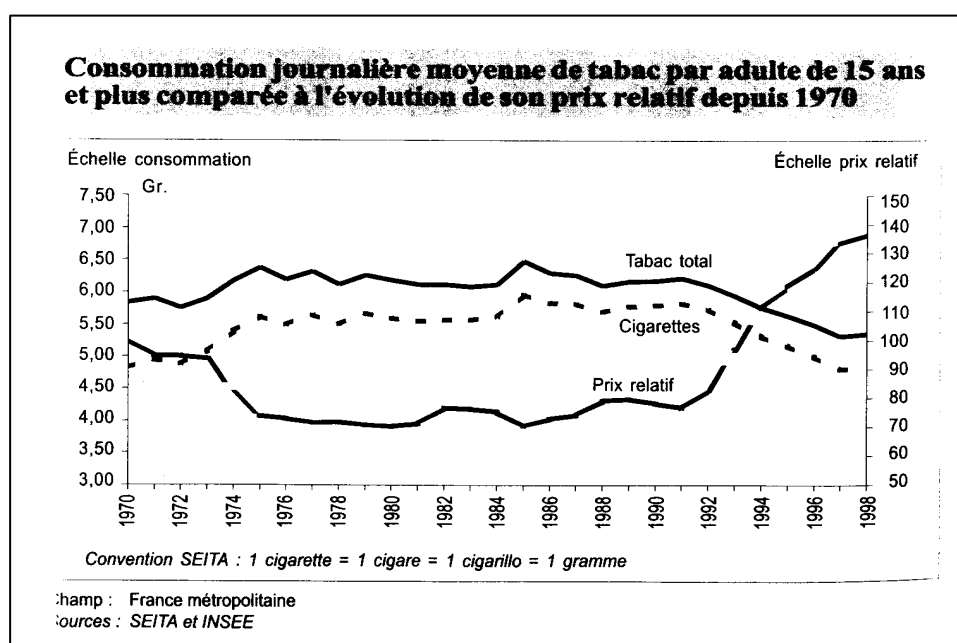
- la collecte des données sur la prévalence du tabagisme,
- l'impact de la communication,
- l'évaluation du dispositif,
- l'impact économique (dont la consommation des cigarettes).

Ainsi, la surveillance de la prévalence liée au tabagisme et à ses effets s'évalue en fonction des populations cibles (jeunes, professionnels de santé...), de la mortalité et de la morbidité

imputables au tabac<sup>35</sup>. Dans le programme d'actions « Paris Ville pilote sans tabac », D. Serruques<sup>36</sup> a utilisé la prévalence comme indicateur clé dans une publication annuelle<sup>37</sup>.

De même, l'évaluation des effets de la communication peut se réaliser. Le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)<sup>38</sup> rapporte une série d'enquêtes évaluant le résultat des actions mises en place. L'article « Les effets des campagnes de prévention du tabagisme sur tabac info service, une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac » mesure, par la fréquence des appels, l'impact des campagnes de communication.

Il est possible d'établir des suivis de la production et du commerce du tabac afin d'évaluer les retombées économiques des actions entreprises. Le graphique n°1 « consommation journalière moyenne par adulte de 15 ans et plus comparée à l'évolution de son prix relatif depuis 1970 » montre l'impact du prix sur la consommation tabagique :



graphique n°1

<sup>35</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Convention-cadre pour la lutte antitabac*. Cinquième session. 25 Juin 2002.

<sup>36</sup> SERRUQUES D., médecin économiste de la Santé en charge de la politique « tabac » ville de Paris.

<sup>37</sup> GUILLOU F., HENKE M., PEREIRA P. et al. Le tabagisme et les parisiennes, février 1999. *Les cahiers de Chaligny*, 2000, pp.147-183.

Enfin, les économistes de la Santé doivent mesurer l'efficacité des politiques engagées en utilisant les critères coût/efficacité, coût/bénéfice, coût/efficience.

L'utilisation de la méthode de « rationalisation des choix budgétaires » (RCB), priorisant les actions à financer dans un plan complet d'action, serait le moyen le plus efficient pour lutter contre le tabagisme. Cette méthode a donné de bons résultats dans les domaines de la prévention routière et du programme de périnatalité. Néanmoins, la complexité des problèmes posés par le tabagisme rend son utilisation plus aléatoire.

---

<sup>38</sup> Journée mondiale sans tabac, 31 mai. *BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE*. 28 Mai 2002. n°22/2002.

## CONCLUSION

Depuis 50 ans, les progrès de l'épidémiologie ont prouvé les effets nocifs du tabac. Aujourd'hui, le tabagisme reste « le plus grand désastre sanitaire de tous les temps »<sup>39</sup>, malgré les efforts réitérés pour contrer sa progression.

Les causes profondes de cet échec résident, à notre sens, dans la banalisation de la consommation du tabac, élément de rituel et de convivialité, renforcée par une certaine conception de la liberté individuelle, retrouvée dans le slogan « Il est interdit d'interdire », et sur laquelle les cigarettiers se sont largement appuyés.

Afin de surmonter ces obstacles, les pouvoirs publics doivent faire preuve d'une réelle volonté politique et s'interroger sur leurs propres responsabilités. En effet, comment accepter « que l'Etat tire profit d'un produit considéré comme un danger pour ses propres citoyens ? »<sup>40</sup>.

La réduction du tabagisme est donc un défi complexe qui exige une approche pluridimensionnelle. Quatre objectifs fondamentaux ont été définis dans le cadre d'une stratégie nationale : prévention, aide au sevrage, protection, dénormalisation, pour aider à élaborer des interventions efficaces. C'est une politique qu'il faut financer et évaluer afin d'en mesurer l'impact.

Par ailleurs, la volonté individuelle du consommateur ainsi que la motivation des acteurs engagés constituent le cœur de cette action.

Ne conviendrait-il pas d'ouvrir notre organisation sanitaire sur un modèle de santé communautaire et, comme J.F Collin<sup>41</sup>, de se questionner : « *En tant que professionnel, je souhaiterais demain n'être qu'un expert en éducation pour la santé interrogé ou sollicité par des citoyens organisés et non plus le promoteur de programmes de santé destinés à des populations dites prioritaires. Pour cela, ne faut-il pas, aujourd'hui, susciter des « éveilleurs » de démocratie locale en même temps ou à côté des éducateurs de santé ? C'est ce qu'évoque pour moi la mise en application du concept de promotion de la santé* ».

---

<sup>39</sup> DUBOIS G. La responsabilité de l'industrie du tabac dans la pandémie tabagique. *THS La Revue*, Juin 2000, vol.2, pp. 411-415.

<sup>40</sup> LECORPS P., PATURET J.B. *Santé publique : du bio pouvoir à la démocratie*. Rennes : ENSP, 2001. 86 p.

<sup>41</sup> membre du Comité Régionale d'Education pour la Santé de Lorraine.

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages :

- Actes des 4<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> Journées de l'APPRI : *La femme et la cigarette*. Lille, 26-27 mai 2000 - *La femme et le tabagisme, problème de santé publique ou problème de société ?* Nîmes, 23-24 mai 2002.
- COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. *Prévention du tabagisme 2000-2003*. CFES, 2000. 67 p. Dossier technique.
- COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE *Avis du conseil scientifique du CFES*. Vanves : CFES dossiers techniques 1999-2001. 53 p.
- DAUTZENBERG B., ABDENNBI K., AUDUREAU G. et al. *Le tabagisme passif*. Paris : La documentation française, 2001.
- FRYDMAN M. *Les habitudes tabagiques*. Bruxelles : Labor, 1987. 196 p.
- FOURNIER C., FERRON C., TESSIER S. et al, *Éducation pour la santé et Éthique*. Séminaire international de Dourdan (Essonne) 27 et 28 janvier 2000. Vanves : CFES Collection Séminaires, Mars 2001. 143 p.
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La Santé en France 1994-1998*. Paris : La documentation française, 1998.
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La Santé en France : rapport général*. Paris : La documentation française, 1994.
- LA BANQUE MONDIALE. *Maîtriser l'épidémie : l'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*, Avril 2000.
- *La lutte contre le tabagisme : les principaux textes de loi*. Paris : Editions du journal officiel, juin 2001. 88p.
- LE BRETON D. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses universitaires de France, 1998. 263 p.
- LECORPS P., PATURET J.B. *Santé publique : du bio pouvoir à la démocratie*. Rennes : ENSP, 2001. 86 p.
- MARESCA B., LE QUEAU P., BADEYAN G. *Les attitudes vis à vis de l'alcool et du tabac après la loi Evin*. Août 2000. DREES : Etudes et Résultats, n°78, 8p.
- MAUTRAIT C., BRANELLEC A., *Peut-on prévenir le tabagisme ?* Boucherville Canada Afarnaudfranel, novembre 2001, 87 p.
- MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. *Drogues : savoir plus, risquer moins*. VANVES : CFES, 2000. 117 p.
- NAHOUM-GRAPPE V., PERROT M., FERRON C. et al. *L'interdiction de vente de tabac aux mineurs*. Paris : La documentation française, 2001. 138 p.

- NOURRISSON D. *Le tabac en son temps : de la séduction à la répulsion*. Rennes : ENSP, 1999. 95 p. Contrechamp.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Rapport sur la santé dans le Monde : pour un réel changement*. Genève : OMS, 1999. 131 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Rapport sur les stratégies des industries du tabac pour saper les activités de contrôle du tabagisme à l'Organisation mondiale de la santé*, Juillet 2000.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Convention-cadre pour la lutte antitabac*. Cinquième session. 25 Juin 2002.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Le rapport sur la Santé en Europe*, septembre 2001.
- PADIEU R., BEAUGE F., CHOQUET M. et al. *Dépendance et conduites de consommation*. Paris : INSERM, 1997. 243 p.
- Rencontres nationales *La femme et le tabac*- le Havre- 3,4,5 mai 2001
- REYNAUD M., PARQUET P., LAGRUE G. *Les pratiques addictives*. Paris : Odile Jacob, 2000. 273 p.
- ROEMER R. *L'action législative contre l'épidémie mondiale de tabagisme*. 2<sup>e</sup> ed. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1995. 341 p.
- STALH, J.H. *La loi anti-tabac*, Paris : Dalloz, 1993.
- TASSIN J.P., DORAY B., FUHRER F. et al. *Variabilités individuelles des sensibilités à la dépendance*. Paris : INSERM, 2000. 115 p.

## Articles

- ALLIANCE FRANCAISE POUR LA SANTE, COALITION CONTRE LE TABAGISME. *La lutte contre le tabagisme*. Note d'information à l'attention des parlementaires, Sept 2002.
- BENKIMOUN P. Une étude mesure l'ampleur des méfaits du tabagisme passif. *Le Monde*, 31 Mai 2001.
- BERTOLOTTO F., JOUBERT M., VELPRY L. et al. Les actions entreprises par les municipalités en matière de lutte contre le tabagisme. *Les cahiers de Chaligny*, 2000, pp.185-240.
- DELCROIX M. Femme et tabac, la femme et le tabagisme, problème de Santé publique ou problème de société. *Médecine au féminin* , Mars- Avril 2002, t. 3, vol.° 2, pp. 4-5.
- DUBOIS G. La responsabilité de l'industrie du tabac dans la pandémie tabagique. *THS La Revue*, Juin 2000, vol. 2, pp. 411-415.
- FENOGLIO P., PAREL V., KOPP P. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites. *ADSP*, Décembre 2000, n° 33, pp. 71-75.

- GUILLOU F., HENKE M., PEREIRA P. et al. Le tabagisme et les parisiennes. *Les cahiers de Chaligny*, 2000, pp.147-183.
- Journée mondiale sans tabac, 31 mai. *BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE*. 28 Mai 2002, n°22/2002.
- PRAT B. La stratégie et le dispositif de communication. *La santé de l'homme*, Décembre 1998, n° 338, pp. XVIII-XXI.
- PEREZ M. Deux millions de Français essoufflés. *Le Figaro*, 9 Janvier 2002.
- SERVICE DE SANTE PUBLIQUE - PITIE-SALPETRIERE. Femme et tabac, les adolescentes, l'alcool et le tabac. *Médecine au féminin*. Mars- Avril 2002. t. 3, vol.° 2, pp. 6-7.
- Tabac : un mort toutes les 10 secondes. *Les Dernières Nouvelles d'Alsace*, Mai 1997.
- VELTER A. Attitudes et comportements face à l'arrêt du tabac. *La santé de l'homme*, Décembre 1998, n° 338, pp. V-VI.

## Sites internet

### Les sites des organismes officiels

- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : <[www.cfes.sante.fr](http://www.cfes.sante.fr)>
- Ministère de la Santé : <[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)>
- l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de l'université de Genève : <[www.stop-tabac.ch](http://www.stop-tabac.ch)>
- Centre de ressources anti-tabac : <[www.tabac-info.net](http://www.tabac-info.net)>

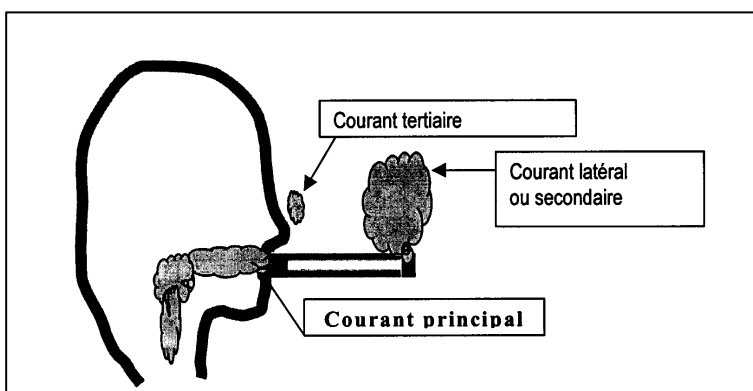
### Quelques sites d'associations »

- Association Périnatalité Prévention Recherche Information : <[www.appri.asso.fr](http://www.appri.asso.fr)>
- Association de lutte contre le tabagisme passif : <[www.droit-air-pur.com](http://www.droit-air-pur.com)>
- The International Network of Women Against Tobacco : <[www.inwat.org](http://www.inwat.org)>
- Health On the Net Foundation (association au statut spécial d'ONG auprès du Conseil Economique et Social des Nations Unis) :<[www.respir.com](http://www.respir.com)>

### Site regroupant les principaux cigarettiers

Centre de Documentation et d'Information sur le Tabac :<[www.cdit.fr](http://www.cdit.fr)>

# **ANNEXES**



Composition de la fumée du tabac

	Type de toxicité	Quantité dans le courant principal par cigarette	Ratio courant secondaire/courant principal
<b>Phase gazeuse</b>			
Monoxyde de Carbone	Toxique	26,8-61 mg	2,5-14,9
Benzène	Cancérogène	400-500 µg	8-10
Formaldéhyde	Cancérogène	1 500 µg	50
3-vinylpyridine	Suspect cancérogène	300-450 µg	24-34
Cyanide d'hydrogène	Toxique	14-110 g	0,06-0,4
Hydrazine	Suspect cancérogène	90 ng	3
Oxyde d'azote	Toxique	500-2 000 µg	3,7-12,8
N-nitrosodiméthylamine	Suspect cancérogène	200-1 040 ng	20-130
N-nitrosopyrrolidine	Suspect cancérogène	30-390 ng	6-120
<b>Phase particulaire</b>			
Goudrons	Cancérogène	14-30 mg	1,1-15,7
Nicotine	Toxique	2,1-46 mg	1,3-21
Phénol	Cancérogène	70-250 µg	1,3-3,0
Catéchol	Suspect Carcinogène	58-290 µg	0,67-12,8
O-toluidine	Cancérogène	3 µg	18,7
2-naphthylamine	Cancérogène	70 ng	39
4-aminobiphényl	Cancérogène	140 ng	3,1
Benz(a)anthracène	Cancérogène	40-200 ng	2-4
Benzo(a)pyrène	Cancérogène	40-70 ng	2,5-20
Quinoleine	Cancérogène	15-20 µg	8-11
N-nitrosornicotine	Suspect cancérogène	0,15-1,7 µg	0,5-5,0
Nor nitrosocotinine	Suspect cancérogène	0,2-µg 1,4	1,0-22
N-nitrosodiéthanolamine	Cancérogène	43 ng	1,2
Cadmium	Cancérogène	0,72 µg	7,2

Source : DAUTZENBERG B., / ed. *Le tabagisme passif*. Paris : La documentation française, Mai 2001

## Annexe 2

### Recensement des textes, rapport et campagnes anti-tabac

Textes	Rapports et campagnes	Dispositions
Loi Veil du 9 juillet 1976  Décret du 17 novembre 1977		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prix du tabac désindexé / indice des prix</li> <li>- Interdiction de fumer dans tous les lieux affectés à un usage collectif</li> <li>- Régime d'encadrement de la publicité en faveur des produits du tabac</li> <li>- Information de nature sanitaire prophylactique et psychologique dans les établissements scolaires et à l'armée</li> </ul>
	Campagne 1976	« Sans tabac, prenons la vie à pleins poumons »
	Campagne 1977	« Ca ne vous dérange pas si je ne fume pas »
	Campagne 1977	En direction des jeunes : « Une cigarette écrasée c'est un peu de liberté gagnée »
Arrêté du 12 mai 1980		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interdiction de fumer dans les voitures sans compartiment des transports ferroviaires</li> <li>- Création de zones fumeur et non-fumeur dans les trains</li> </ul>
	Campagne 1988	Attaque du fumeur mythique : « Le tabac, c'est plus ça. »
Loi Evin du 10 janvier 1991  Décret du 29 mai 1992  (Amendement du 27 janvier 1993)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'interdiction de fumer dans les lieux publics devient la règle</li> <li>- Interdiction générale de toute publicité en faveur des produits du tabac</li> <li>- Ouverture des droits de la partie civile aux associations de lutte contre le tabagisme</li> <li>- Majoration des peines d'amende</li> <li>- La retransmission des compétitions de sports mécaniques qui se déroulent dans les pays où la publicité est autorisée peut être assurée dans l'attente d'une réglementation européenne</li> </ul>
Décret du 26 avril 1991		31 mai = Journée sans tabac
	Campagne 1991	Dévalorisation du tabac : « Fumer, c'est pas ma nature »
	Campagne 1993	Valorisation du souffle et de l'énergie du non-fumeur : « L'énergie, c'est pas fait pour partir en fumée »
Loi 1995		Dissolution de la SEITA, la vente reste un monopole d'Etat  Fixation des teneurs maximum en goudrons et obligation de l'avertissement « Nuit gravement à la santé »

Textes	Rapports et campagnes	Dispositions
	Campagne 1997	Dialogue avec les fumeurs : « La vie sans tabac, vous commencez quand ? »
	Mission d'évaluation de la loi Evin 1997	
	Rapport du HCSP 1998	Plan gouvernemental santé Objectifs de diminuer d'ici l'an 2000 : - de 35 % la quantité de tabac vendue, - de 25 % la proportion de fumeurs réguliers dans la population adulte, - de 35 % la proportion de fumeurs occasionnels chez les 12-18 ans, - la proportion des femmes qui continuent à fumer pendant leur grossesse.
Décret du 9 octobre 1998		Consultation au 3 <sup>ème</sup> mois de grossesse, quarante minutes avec sage-femme ou médecin : information, dépistage
	Rapport Roques 1998	Le tabac est classé dans les substances dangereuses. Important retentissement médiatique.
Décret du 16 juin 1999		Extension des missions de la MILDT au tabac
Circulaire du 18 juin 1999		Lutte contre le tabagisme sur les lieux de travail
Plan 1999-2001 Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)		En 9 points : recherche, communication, prévention, formation, accueil, orientation, soin des usagers, respect d'application de la loi, coordination nationale et locale, action extérieure de la France, bilan des actions déjà engagées en 1999
Fin 1999		Substituts nicotiniques en vente libre
Circulaire du 3 avril 2000		Création ou renforcement de consultations hospitalières de tabacologie
Arrêté du 27 avril 2002, ( <i>directive européenne</i> )		- à partir du 1er janvier 2004, la teneur en goudron ne devra pas dépasser 10 mg par cigarette - publication de la liste des avertissements sanitaires spécifiques
	Conseil des ministres européens de la santé du 26 juin 2002	Etude de 3 dossiers : - les discussions de l'OMS sur l'interdiction du tabac, - proposition de directive de la commission sur la publicité et le sponsoring, - propositions de la commission concernant la prévention.

## Planning des rendez-vous

Date	Nom	Titre et fonctions
Mercredi 4 septembre 2002	P. Lecorps	Sociologue et philosophe : Ecole nationale de la Santé
Lundi 9 septembre 2002	S. Ratte	Sociologue : Ligue nationale contre le cancer
Jeudi 12 septembre 2002	D. Martin	Médecin : Ministère de la Santé
Lundi 23 septembre 2002	D. Serruques	Chargé de mission : Mairie de Paris
Mardi 24 septembre 2002	D. Nourrisson	Historien
Vendredi 27 septembre 2002	M. Tubiana	Directeur honoraire de l'Institut Gustave Roussy  Membre de l'Académie des Sciences  Président de l'Académie de Médecine  Président de l'Alliance française pour la santé -Coalition contre le tabagisme
Vendredi 27 septembre 2002  (conférence)	D. Castiel	Economiste  Paris