

# Croyances, manipulations et mensonges en matière de tabac

Robert Molimard  
Hôpital Paul Guiraud, Villejuif

*Cet exposé a été présenté lors d'une réunion de la Société d'Addictologie Francophone à l'Hôpital Sainte Anne à Paris le 9 décembre 2010, sur le thème "Vérités, mensonges et...croyances en addictologie."*

*Publication: Molimard R. Le Courrier des Addictions (2011)13;(1), 13-17*

Contaminée par un pesticide comme le Gaucho® ou le Régent®, une abeille perd ses repères et ne peut retrouver ni sa ruche ni ses champs de fleurs favoris. On ne peut résoudre un problème si les messages sont brouillés. Perturber les repères, brouiller la communication s'oppose aux comportements et adaptations rationnels. Mensonges, manipulations, sont les armes favorites pour accroître sans limites le pouvoir économique et politique et le profit, sans aucun égard pour le bien-être des populations ou la survie de la planète.

Fabricants et vendeurs de tabac, Etat, ligues de vertu, industrie pharmaceutique, toutes ces forces en œuvre dans le domaine du tabac sont prêtes à tout pour faire triompher leur intérêts ou leurs passions. Dans une curieuse collusion, elles semblent se satisfaire d'une confusion où la vérité scientifique n'a pas sa place, et où le fumeur est en fin de compte une victime complice.

## *Les tabagiers*

Dès les premières informations sur le risque à fumer; ils ont été prompts à les combattre par des publicités mensongères. Certes les affiches vantaient la détente, la convivialité de la cigarette, l'aspect *glamour* pour séduire les femmes. Mais certaines étaient une négation des effets délétères sur la santé. Dans l'entre deux-guerres, aux USA où le commerce n'était pas encadré par une Régie d'Etat comme en France, on voyait parmi celles qui fleurissaient les murs les appels au médecin. *"Beaucoup de médecins fument des Camels plutôt que toute autre cigarette"*. Argument d'autorité, poussant à les imiter. *"Pas un seul cas d'irritation de la gorge en fumant des Camels"*. Elles ne peuvent être dangereuses, puisqu'un ORL avec son miroir frontal vous le dit. Et votre docteur va jusqu'à vous prescrire la cigarette filtre L&M : *"just what the doctor ordered"*. Plutôt qu'arrêter de fumer, on va même jusqu'à vous suggérer de passer aux *Philip Morris*, et dans 3 cas sur 4 la toux disparaît! [1]

Mais leur plus belle réussite est l'arnaque des cigarettes légères. Le 8 juin 1985 lors de la 3<sup>e</sup> journée de la dépendance tabagique à Paris à la Faculté des Saints Pères, j'avais invité L.T. Kozlowski. Il venait nous exposer ses travaux menés à Toronto avec une machine à fumer [2]. Il expliquait que les quantités de nicotine et de goudron affichées sur les paquets de cigarettes n'étaient pas des *teneurs* du tabac. D'ailleurs le tabac ne contient pas de goudron, formé lors de sa

combustion. C'étaient des **rendements**, c'est-à-dire les quantités recueillies dans la fumée lorsque la cigarette était fumée par une machine dans des conditions standard. Quant au tabac, il était pratiquement le même, que la cigarette soit étiquetée forte ou légère en fonction de ces rendements. La grande différence tenait aux micro-perforations au niveau du filtre, par où peut pénétrer l'air de la pièce. Si bien que lorsque la machine aspire la bouffée standard de 35ml, si 30ml entrent par ces perforations, le dosage ne porte que sur 5 ml de fumée! Mais il a suffi à Kozlowski d'obturer cette ventilation et de modifier les paramètres de réglage de la machine pour multiplier par 22 le rendement affiché de 0,1mg de nicotine et par 29 celui de goudron. Le fumeur est parfaitement capable d'une telle performance. D'ailleurs, dans un travail sur 2031 fumeurs, M. Jarvis a calculé à partir de l'élimination de cotinine la quantité de nicotine réellement absorbée, et n'a trouvé aucune différence quels que soient les rendements affichés, de 0,1 à 1mg.[3]

La conclusion est nette et sans appels: Le fumeur n'est pas une machine. Les rendements affichés n'ont aucun intérêt pour prévoir son absorption de toxiques. Pourtant, 20 ans plus tard, une directive européenne spécifiait qu'à compter du 1 janvier 2004, les teneurs (sic) maximales pour les cigarettes seraient de 10mg par cigarette pour le goudron, 1mg pour la nicotine et 10mg pour l'oxyde de carbone. Cette directive 2003 est encore en vigueur! Force est donc de constater que ***l'Union Européenne cautionne la duperie des cigarettes légères***. Je n'y vois que deux explications. Ou bien les "experts" qui conseillent l'UE sont d'une incompétence majeure et d'une ignorance crasse. Ou bien ce sont des taupes de l'industrie tabagière. En tous cas, personnellement, je n'ai pas été consulté et plaide non-coupable.

## *Les entreprises du médicament*

On appréciera d'abord le changement sémantique. Ce n'est ni innocent ni gratuit. Naguère, c'était l'*Industrie Pharmaceutique*. Rien de rassurant. *Industrie* évoquait des cheminées d'usine crachant des fumées noires. *Pharmaceutique*, c'étaient des alignées de bocalux marqués "Poison", avec des têtes de mort barrées d'une croix rouge. Tandis qu'*Entreprise*, c'est dynamique, cela sent le progrès, et *Médicament*, c'est pour guérir, ce ne peut qu'être bénéfique. Simple naïve question d'image? Ou manifestation de l'art de la manipulation?

Car la grande imposture en matière de tabac a été la publication du rapport 1988 du Surgeon General. De façon strictement incompréhensible, si l'on ne fait pas la relation avec le lancement sur le marché de la gomme à la nicotine, il a été intitulé "*Nicotine Addiction*". La prémisse majeure de ce qui semblerait un syllogisme est : "*Le tabac crée une puissante addiction*". La prémisse mineure : "*Le tabac contient un poison neurotrope, la nicotine*". D'où découle la conclusion : "*Donc la nicotine est responsable de l'addiction au tabac*". Mais on ne peut d'évidence tirer une telle conclusion. Une foule d'autres hypothèses sont possibles, il y a même des arguments majeurs à lui opposer, ne serait-ce qu'aucun cas de dépendance à la nicotine seule n'a été décrit depuis l'isolement de cette substance, bien avant sa commercialisation médicamenteuse. Cela ne manque pas d'étonner quand on sait la propension des toxicomanes à explorer les extraits purifiés de leurs plantes favorites. Il ne s'agit donc pas d'un syllogisme, mais d'un pur sophisme, car aucune preuve formelle de dépendance à la nicotine seule n'a encore été apportée.

Et pourtant, contre toute rigueur scientifique, ce sophisme s'est implanté, à force d'être répété, matraqué comme une vérité première, avec le support des autorités sanitaires et politiques. Ainsi le célèbre test de Fagerström, dans les recommandations de bonne pratique de l'AFSSAPS, continue t'il à être dénommé : "*Test de dépendance à la nicotine*". Pourtant, aucun de ses 6 items ne lui fait référence. C'est un test de dépendance à la cigarette, c'est tout, et l'on n'aurait rien à redire s'il se dénommait ainsi. Est-ce un détail? Non, c'est une faute, clairement intentionnelle, intellectuellement

et scientifiquement gravissime par ses conséquences. Car avoir décidé ainsi, imprimé dans l'esprit des médecins, des autorités et du public que la nicotine à elle seule expliquait la dépendance au tabac exclut à l'avance toute recherche sur les facteurs de cette dépendance, et livre à l'industrie pharmaceutique tout un champ, désormais libre, d'exploitation commerciale.

Mais une deuxième manipulation, pourtant théoriquement facile à démontrer, fait actuellement ses ravages: **l'énorme mensonge** à la base de toutes les politiques répressives à l'encontre des fumeurs au nom du tabagisme passif. Elles ont trouvé, et c'est normal, un soutien populaire d'autant plus efficace que les non-fumeurs sont en majorité, et que beaucoup de fumeurs ont pensé que cela pourrait les aider à se débarrasser du lourd fardeau de leur dépendance à la cigarette. Il est vrai aussi que l'omniprésence de la fumée devenait de plus en plus intolérable et qu'une régulation s'imposait, au nom du droit des non-fumeurs à ne pas être constamment incommodés. Mais il fallait trouver un argument d'un plus grand poids, le risque que faisait courir la fumée des autres à la santé des non-fumeurs. En 1990, Catherine Hill l'évaluait à 1000 décès annuels pour la France, dont une centaine de cancers du poumon. Elle faisait remarquer la large marge d'incertitude quand on veut apprécier des incidences aussi faibles. Devant l'Académie de Médecine, M. Tubiana montait en 1997 l'évaluation à 2500 décès, dont 105 cancers du poumon. Il transposait ainsi à la France la considérable hausse du risque cardiovasculaire dans l'évaluation américaine. En 2005, sans étude particulière pour la France, Norman et Dubois y annonçaient 3000 décès.

Mais ces hausses ne suffisaient pas à faire atteindre le niveau critique qui aurait fait de la fumée passive un grave problème de santé publique justifiant des mesures drastiques. C'est alors que parut un rapport international [4]. Produit par quatre institutions, Cancer Research UK, European Respiratory Society, Institut National du Cancer et European Hearth Network, il annonçait avec grande précision pour la France 5863 décès, vite arrondis pour la presse à 6000 décès. On atteignait enfin un niveau justifiant les mesures qui furent vite adoptées dans la majorité des pays. (Figure 1)

Figure 1.- Reproduction du tableau 6 du rapport "Lifting the SmokeScreen" évaluant pour la France la mortalité par tabagisme passif. Elle est ventilée selon l'âge et l'exposition à domicile ou au travail, en individualisant le travail dans "l'industrie de l'hospitalité", à savoir hôtels, restaurants, bars et discothèques. Sont calculés séparément les décès par cancer du poumon, affections cardiovasculaires, attaques cérébrales et affections respiratoires chroniques. Aucune de ces évaluations ne prend en compte la dispersion statistique

**Table 6: Estimated annual deaths attributable to passive smoking by age, site of exposure and condition, member countries of the EU, 2002 (cont.)**

Country	Condi-tion	Exposure at home			Exposure at work		Total All home + All work- places
		Adults <65 years	Adults 65+ years	All home	All work- places	Hospita- lity industry	
FRANCE	Lung ca	1136	389	1525	134	12	1659
	IHD	799	1038	1837	65	6	1902
	Stroke	596	1325	1922	76	6	1997
	Ch Resp	117	174	291	14	1	304
	<b>Total*</b>	<b>2649</b>	<b>2925</b>	<b>5574</b>	<b>289</b>	<b>25</b>	<b>5863</b>

Mais la lecture de ce rapport révélait une énormité: le changement de la définition du tabagisme passif. Car, avec une grande naïveté, voire désinvolture, les auteurs donnaient aussi leurs évaluations

**chez les non-fumeurs!** Et là, avec 1114 décès dont 152 cancers du poumon, on revenait à peu près à l'évaluation de Catherine Hill 20 ans auparavant. Mais, dans le détail, sur ces 1114 décès, on voit mal comment une loi interdisant de fumer dans les espaces publics pourrait avoir quelque efficacité sur les 1007 de ces 1114 décès liés à une exposition à domicile, tant que la police ne serait pas autorisée à défoncer votre porte au bélier pour verbaliser votre conjoint. 107 décès étaient attribués à une exposition au travail, et 6 d'entre eux aux conditions spéciales des hôtels restaurants, bars et discothèques où l'application de l'interdiction avait été retardée d'un an. (Figure 2)

Figure 2.- Reproduction du tableau 7 du rapport "*Lifting the SmokeScreen*" évaluant pour la France la mortalité par tabagisme passif **chez les non-fumeurs**. C'est la seule évaluation qui corresponde à la définition traditionnelle du tabagisme passif, à savoir les "*non-fumeurs victimes de la fumée des autres*". L'évaluation globale correspond à des données anciennes. L'importance de l'exposition à domicile au tabagisme du conjoint est surprenante, ainsi que la faiblesse des décès par exposition au travail, en particulier dans l'industrie de l'hospitalité, où les conséquences de l'interdiction ont amené les plus importants bouleversements des habitudes sociales.

**Table 7: Estimated numbers of deaths attributable to passive smoking among non-smokers in the 25 countries of the EU in 2002**

Condition	Exposure at home			Exposure at work		Total All home + All work- places
	Adults <65 years	Adults 65+ years	All home	All work- places	Hospitality industry	
<b>FRANCE</b>						
Lung ca	56	62	117	35	2	152
IHD	101	366	467	43	3	510
Stroke	53	317	370	22	1	392
Ch Resp	11	43	53	7	0	60
<b>Total*</b>	<b>220</b>	<b>787</b>	<b>1007</b>	<b>107</b>	<b>6</b>	<b>1114</b>

Ainsi les auteurs ont classé 4749 fumeurs actifs comme victimes du tabagisme passif sous l'argument spécieux que, fumant dans leur bureau, ils en respiraient l'air qu'ils venaient d'enfumer! J'ai fait une analyse complète de ce rapport scandaleux [5]. Elle n'a évidemment suscité aucun écho. J'y faisais remarquer qu'il a été présenté lors d'une conférence tenue à Luxembourg le 2 juin 2005, en présence des plus hautes autorités de l'Europe, par les associations mandatées pour l'établir, sous le parrainage de GlaxoSmithKline et Pfizer, justement à l'occasion du lancement du Champix®.

Mais l'opération est ratée sur le plan du marketing. En effet, non seulement les fumeurs, stigmatisés et pourchassés, ne se sont pas précipités vers les pharmacies en réponse aux interdictions, mais les ventes de tous les médicaments dits "*de sevrage tabagique*" sont en chute libre. Et ceci malgré une intense publicité télévisée indirecte qui devrait être interdite, car il est cousu de fil blanc que le fumeur saura quel médicament, remboursé par la sécurité sociale, il lui faudra insister pour que son médecin le lui prescrive.

Mais le plus grave, pour qui se préoccupe de la santé des fumeurs, est que ces mesures drastiques se montrent contreproductives vis-à-vis du tabagisme. Les ventes officielles de tabac augmentent, sans que baisse la contrebande. La prévalence du tabagisme des jeunes s'accroît. Les consultations de tabacologie sont désertées. Les DIU de tabacologie n'attirent plus les étudiants. Par défense identitaire, les fumeurs se replient dans un "*tabagisme retranché*" [6]. Ils deviennent inaccessibles aux messages de santé publique.

## *Les Croisés anti-tabac*

On quitte le raisonnement logique pour la foi et la passion. Tout est bon pour faire triompher "*la bonne cause*", y compris le "*pieux mensonge*". Tout débat, toute recherche scientifique sont donc "*pré-clos*". Parmi eux, il est évidemment de purs idéalistes, survivants des militants des anciennes "*ligues de vertu*". Mais il est hélas beaucoup de bons apôtres qui attisent et exploitent à leur profit cette force militante aveugle, pour asseoir un pouvoir ou une notoriété, voire des avantages plus concrets.

Pour ces chevaliers de la pureté, **le tabac** est le mal absolu, **le diable**. Il faut l'éliminer, l'éradiquer. Au moins, le cacher, voire le vendre "*sous le comptoir*", comme les revues porno (sic). L'industrie tabagière est **satanique**. Il faut la détruire, qu'elle disparaisse, la ruiner par des procès.

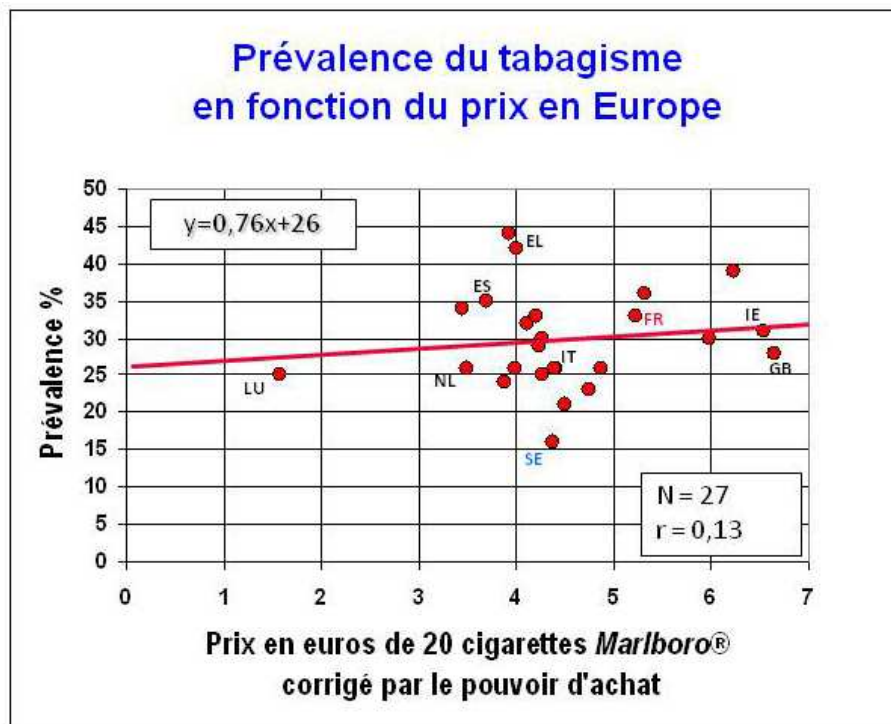
Le problème est qu'elle existe parce qu'elle répond à une **demande**. Si le tabac s'est répandu dans le monde entier depuis Christophe Colomb, c'est parce qu'il a su la susciter, alors qu'il n'y avait d'autre possibilité publicitaire que le bouche à oreille, que sa culture était artisanale. L'industrie est née de cette demande, elle ne l'a pas créée. Si l'industrie disparaissait, la demande demeurerait, exigerait d'être satisfaite. Elle le serait. Les multinationales placeraient leurs capitaux dans des paradis fiscaux, d'où ils financeraient une production délocalisée dans quelque contrée africaine. Les cigarettes seraient distribuées par des circuits mafieux de contrebande, alimentant la délinquance. Plus aucun contrôle de la qualité des produits ne pourrait être réalisé. La répression ne pourrait être que policière, et la corruption s'organiserait. Ces intégristes sont des gens dangereux pour l'équilibre social et la santé publique.

Quant au fumeur, ils le voient eux possédé du démon. Il faut le pourchasser, le traquer dans ses derniers retranchements, même chez lui. Qu'il n'ait même plus de chez lui, et déjà aux USA certains fumeurs se voient refuser la location de logements. De plus, en bonne morale judéo-chrétienne, il faut qu'il soit puni par où il a péché. Que son vice lui coûte et le ruine. Augmentons donc le prix des cigarettes, puis du tabac à rouler. Depuis des décennies, on nous assène un **mensonge**, sans tolérer la moindre critique: la seule méthode efficace pour faire baisser le tabagisme serait d'augmenter le prix des cigarettes. Comme c'est inefficace, on dit que ce n'est **ni assez souvent, ni assez fort** ! Mais pas plus que la stigmatisation, la politique de prix élevés ne marche pas.

C'est là sa véritable faille. On pourrait la défendre si son efficacité compensait ses graves effets pervers. Car elle détruit l'individu, l'*HOMME- esclave de la cigarette*: Elle l'enfoncé dans la pauvreté, l'exclusion sociale, le pousse à des comportements de fume plus dangereux. Mais elle n'exorcise pas le démon de la dépendance.

De grandes statistiques avec des modèles mathématiques abscons veulent la justifier [7]. Pourtant, si une d'une telle politique était efficace après 30 ans d'application dans le monde, on devrait en voir les effets. La prévalence du tabagisme devrait être plus faible là où les prix sont élevés. En comparant dans les 27 pays de l'Union Européenne la prévalence en fonction des prix, évidemment corrigés en fonction du pouvoir d'achat, on devrait pouvoir calculer une droite de régression significative avec une belle pente négative. J'ai établi ce graphique à partir de données de 2009 [8,9]. Le résultat est sans appel. Nous obtenons un nuage de points, il n'existe aucune relation significative, et même, véritable pied de nez, la droite de régression calculée a une pente positive! (figure 3)

Figure 3.- Distribution de la prévalence du tabagisme dans les 27 pays de l'Union Européenne en 2009 en fonction du prix de la cigarette la plus vendue (Marlboro®) corrigé en fonction du pouvoir d'achat.



La science ne peut progresser que si l'on reconnaît ses erreurs. C'est se voiler la face, truquer les résultats en fonctions de ses intérêts ou de ses passions qui est diabolique.

## Références

- 1.- L'Université de Stanford publie une considérable collection d'affiches téléchargeables sur <http://lane.stanford.edu/tobacco/index.html>
- 2.- Kozlowski LT, Rickert WS, Popo MA, Robinson JC. Estimating the yields to smokers of tar, nicotine and carbon monoxide from the "lowest-yield" ventilated-filter cigarettes. *Br. J. Addict.* 1982b, **77** : 159-65
- 3.- Jarvis MJ, Boreham R, Primatesta P, Feyerabend C, Bryant A. Nicotine yield from machine-smoked cigarettes and nicotine intakes in smokers: evidence from a representative population survey. *J Natl Cancer Inst.* 2001 Jan 17;93(2):134-8.
- 4.- Lifting the smokescreen, 10 reasons for a smokefree Europe. [www.ersnet.org](http://www.ersnet.org)
- 5.- Molimard R. Le rapport européen "Lifting the smokescreen: Etude épidémiologique, ou manipulation? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, (2008) 56 ;(n°4): 286-90
- 6.- Falomir, J. M., Mugny, G. (2004) *Société contre fumeur, Une analyse psychologique de l'influence des experts*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble
- 7.- Ross H, Blecher E, Yan L, Hyland A. Do cigarette prices motivate smokers to quit? New evidence from the ITC survey. *Addiction*. 2010 Nov 9. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03192.x. [Epub ahead of print]
- 8.- Prévalences Europe 2009 selon [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf)
- 9.- Prix en 2009 d'un paquet de 20 cigarettes Marlboro dans les 27 pays de l'union corrigé par le pouvoir d'achat, selon <http://www.cancer.be/images/journaliste/Communique-de-presse-taxation-tabac-100929.pdf>