
Déterminants sociaux dans la dépendance au tabac

La quasi-totalité de la littérature scientifique consacrée à la dépendance au tabac évoque des déterminants biologiques. Les études évoquant les déterminants psychologiques sont beaucoup moins nombreuses. La question des déterminants sociaux est, quant à elle, peu évoquée comme telle. Nous la déclinerons ici sous deux formes : y a-t-il des déterminants sociaux qui puissent rendre compte, partiellement ou totalement, du phénomène de la dépendance tabagique ? Quels sont-ils et quelles preuves a-t-on à leur sujet ?

L'exploration de ces questions introduit une référence à la notion de « dépendance ». Cette référence ne saurait aller sans définition précise. Seront suivis ici les éléments de définition du DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1995). La question des motivations à fumer en général ne sera donc pas abordée, et nous nous concentrerons sur les causes et les systèmes de causes qui font qu'un fumeur obéit à une envie compulsive, souvent en contradiction avec le comportement qu'il souhaiterait avoir si, selon ses propres déclarations, sa volonté était intacte dans sa relation au tabac.

Les réponses présentées seront modulées selon les différentes hypothèses explicatives de la dépendance à l'égard des substances psychoactives en général, et du tabac en particulier.

Si les fumeurs dépendants obéissent à un modèle de type psychopharmacologique et que ce dernier rende correctement compte de tous les comportements de tous les fumeurs dépendants, il n'y a aucun déterminant social à chercher.

Si le modèle psychopharmacologique rend bien compte des comportements d'un sous-ensemble de fumeurs dépendants mais pas de tous les fumeurs ou s'il ne rend qu'imparfaitement compte des comportements de tous les fumeurs dépendants, il y a place pour un complément d'hypothèses faisant appel à la connaissance sociologique du phénomène tabagique.

Ces différentes hypothèses et sous-hypothèses structurent la présentation qui suit (figure 1).

Les idées exprimées dans cet article reprennent largement, en les réorganisant, celles qui ont déjà été exposées dans d'autres publications (Karsenty, 1989 ; Hirsch et Karsenty, 1992 ; Slama et Karsenty, 1993 ; Karsenty, 1998).

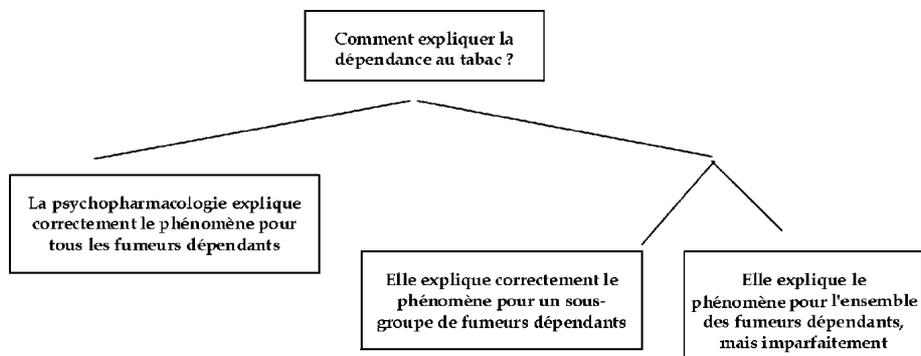


Figure 1 : Place éventuelle des déterminants sociaux dans la dépendance tabagique

Dépendance à l'égard de la nicotine pour un sous-groupe de fumeurs

La première hypothèse examinée consiste à envisager un scénario dans lequel il y aurait d'une part, des fumeurs dépendants à l'égard de la nicotine, d'autre part des fumeurs « sociaux », attachés à leur habitude au point de correspondre à la définition de la dépendance déjà référencée.

Quelle serait aujourd'hui la proportion de ces fumeurs sociaux ? Et pourquoi continueraient-ils à fumer ?

Estimation du sous-groupe des fumeurs « sociaux »

Pour la première de ces deux questions, nous proposons deux approches. La première est statistique, la seconde exploite les résultats négatifs du test de dépendance à la nicotine.

Données statistiques sur le tabac

Si l'on se contente d'observer les évolutions du tabagisme en France, sachant qu'un grand nombre de pays développés ont suivi les mêmes évolutions et, en particulier, la même irruption et évolution du tabagisme féminin, on peut constater un ensemble de faits qui peuvent être synthétisés comme suit. Entre 1953 et 2000, la prévalence tabagique des Français n'a cessé de diminuer ; ce fait est essentiellement expliqué par l'évolution du tabagisme masculin. Le tabagisme féminin a connu une période de forte croissance chez les jeunes à partir de la décennie 1970, mais l'effet de cohorte qui s'en est déduit paraît devoir s'achever (Aliaga, 2001) sans que les taux de tabagisme féminin atteignent les taux masculins, quel que soit l'âge à partir de 18 ans, et malgré la diminution du tabagisme masculin. Le tabagisme juvénile, mal connu avant 1976, a également enregistré une chute de prévalence en 30 ans, l'inversion de tendance paraît néanmoins assez nette à la fin des années 1990.

Les ventes de tabac n'ont cessé d'augmenter à population constante de 1945 à 1975. Elles ont culminé en plateau de 1975 à 1992, passant par un maximum historique en 1985. Elles ont significativement décliné à partir de 1992.

La coexistence de ces faits, ainsi que les données d'enquêtes déclaratives, obligent à admettre que, plus la prévalence de fumeurs diminue, plus les fumeurs restants diffèrent d'une période à l'autre. Les fumeurs de 2003, quels que soient leur âge et leur sexe, se caractérisent par une consommation quotidienne moyenne bien plus importante qu'autrefois et un attachement plus viscéral à leur produit. Il est remarquable que la diminution de la prévalence tabagique avec l'âge s'accompagne également d'une augmentation de la proportion des fumeurs les plus dépendants au sens du test de Fagerström (voir figure 2) (Oddoux et coll., 2002).

Les politiques de lutte contre le tabagisme ont toutes eu une certaine efficacité, mais elles ont manifestement changé leurs outils au cours de la période analysée et ces modifications révèlent, elles aussi, une certaine convergence des observateurs sur les modifications survenues dans la population des fumeurs. La raison de cette évolution des outils des politiques publiques réside sans doute dans l'évolution de la masse des fumeurs « non-dépendants ». Sans doute la proportion de fumeurs non-dépendants était-elle plus élevée en 1953. À cette date, environ les trois quarts des adultes de sexe masculin étaient fumeurs réguliers (Hill et Laplanche, 2003). Cette prévalence a diminué spontanément jusqu'en 1976, à la fois par diminution des nouvelles recrues et arrêt du tabac de fumeurs adultes. Il est remarquable qu'aucune politique publique ne puisse en être créditée. Seul l'essoufflement d'un effet de mode allié à l'expérience spontanée, sans doute sélective, des dégâts du tabagisme sur la santé – incluant la surmortalité des fumeurs – explique cette évolution à la baisse. En revanche, le taux de tabagisme féminin, certes relativement bas au début de la période, s'est maintenu sans fléchir (Karsenty et coll., 2000).

La loi anti-tabac de 1976, dite loi Veil, a été caractérisée par un important effet d'annonce, étant la première à créer des normes publiques pour encadrer des comportements jusqu'ici vécus comme comportements privés. Elle fut accompagnée des premières campagnes médiatiques financées et conçues par les pouvoirs publics. Mais les contraintes qu'elle souhaitait instaurer (décret de 1977 sur l'interdiction de fumer dans les locaux scolaires et les établissements de soins) furent rapidement caduques. De 1976 à 1991, date de la loi Évin, l'efficacité de la loi Veil et des actions qui l'accompagnèrent paraît néanmoins démontrée par la stagnation des ventes en quantité par personne ainsi que par la poursuite d'une diminution des prévalences masculines à tous les âges et la diminution des prévalences juvéniles des deux genres. Les arrêts du tabac concerne alors de plus en plus de fumeurs préoccupés par les risques pour la santé et leur décision est beaucoup moins spontanée et silencieuse que celle des fumeurs de la période précédente.

Le resserrement du phénomène tabagique sur un plus petit nombre d'adeptes plus dépendants de leur habitude commence alors à se faire sentir dans l'insensibilité croissante de ces derniers à l'égard des informations sur les risques du produit. L'efficacité de la loi Evin de 1991 tient manifestement à la force des contraintes externes, à la fois matérielles et symboliques : augmentation des prix, interdiction de toute publicité, interdiction générale de fumer dans les lieux publics clos et couverts.

Les campagnes médiatiques menées par l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; cet établissement public a repris les missions du Comité français d'éducation pour la santé) dix ans plus tard (2002-2003), prennent acte de la difficulté grandissante à obtenir l'arrêt du tabac par une persuasion légère et humoristique se voulant « non culpabilisante ». Elles émettent désormais des messages froids, objectifs et rationnels sur les dangers chimiques de la cigarette. La contrainte légale d'accès au produit pour les plus jeunes semble également inéluctable à ce jour.

La leçon à tirer de cet ensemble de données est qu'il existe bien des fumeurs réguliers, occasionnels ou simples expérimentateurs (personnes ayant fumé une ou plusieurs cigarettes à la seule fin d'en faire l'expérience), non dépendants, aptes à abandonner leur habitude ou à ne pas donner suite à leurs essais sans injonction et sans contraintes externes, comme le montre la diminution substantielle de la prévalence masculine dans la période 1955-1975. Nous manquons de données pour savoir si la stagnation des prévalences féminines de cette période est due à un effet de résistance à l'arrêt du tabac, donc de plus forte dépendance, lorsque la population des fumeuses concernées est relativement minoritaire, effet de sélection déjà évoqué, ou à un recrutement plus abondant de plus jeunes adeptes, préfigurant l'explosion égalitaire des années 70 et compensant un substantiel fléchissement de l'effet de mode identique à celui des hommes.

Si l'on tire cette conclusion concernant la période 1955-1975, il faut logiquement en tirer une autre, de même nature, concernant la période 1976-2000 : les fumeurs dépendants comprennent forcément un sous-ensemble de consommateurs dont l'attachement au produit est important mais néanmoins sensible à des contraintes sociales, sensibilité qui leur permet d'arrêter leur habitude avec succès, majoritairement sans recours à des thérapies de substitution ou à une aide médicale quelconque (Aliaga, 2002).

Quelle est l'importance numérique de ce sous-ensemble de fumeurs « sociaux » ? Il est, dans l'état actuel des données disponibles, impossible de l'estimer. Mais il paraît raisonnable de concevoir que, comme l'ensemble des fumeurs non dépendants, ce sous-ensemble n'ait pas la même importance relativement à l'ensemble des fumeurs lorsque la prévalence évolue. Sa part relative serait plus faible lorsque la prévalence est faible, car on peut concevoir que c'est le noyau dur des fumeurs physiquement très dépendants au tabac qui constitue l'essentiel des effectifs de fumeurs lorsqu'on arrive à de

faibles prévalences. Cette appréciation est suggérée par la structure transversale des fumeurs par âge et sexe interrogés sur le critère le plus discriminant du test de Fagerström (Oddoux et coll., 2002) (figure 2).

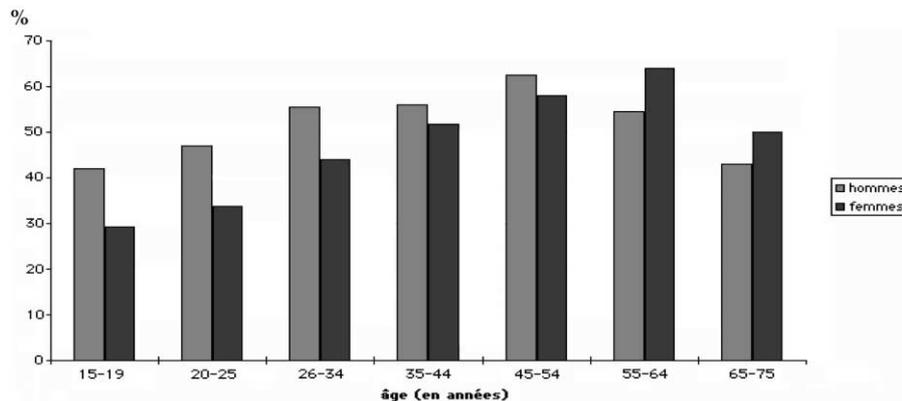


Figure 2 : Pourcentages de fumeurs réguliers fumant leur première cigarette dès la première heure après le réveil, en fonction de l'âge et du sexe.

Source : Baromètre santé P000 CFES/INPES

On peut en effet estimer que l'effet de sélection des fumeurs les plus dépendants à mesure que l'âge augmente se retrouverait confirmé lorsque la diminution du tabagisme est due à d'autres causes que l'avancée en âge : contrainte de prix, considération pour la santé. Néanmoins, alors qu'en 2000 la prévalence des fumeurs réguliers était de 27 % de la population de 15 ans et plus (Aliaga, 2001), il paraît vraisemblable qu'au moins un cinquième d'entre eux étaient des fumeurs dépendants « sociaux ». Dans cette hypothèse, l'histoire future du déclin du tabac devrait montrer, comme cela a été le cas aux États-Unis, en Suède ou au Royaume-Uni, que la proportion de fumeurs totalement insensibles à l'environnement social se situe à un niveau de prévalence beaucoup plus bas, plus proche de 10 % que de 30 %.

Réponses négatives au test de dépendance à la nicotine

Au moins deux enquêtes françaises permettent d'affirmer que tous les fumeurs ne sont pas dépendants à la nicotine. Une analyse réfléchie des données permet d'assurer que tous les autres ne sont pas simplement des fumeurs que l'on pourrait qualifier de « non dépendants ».

En 1982, l'équipe du professeur Lagrue a eu l'excellente idée, sans précédent à l'époque et sans émule jusqu'à une date récente, d'appliquer l'intégralité du test de Fagerström, tel qu'il se présentait à l'époque, à un échantillon représentatif des fumeurs français recrutés par un institut de sondage professionnel

(Lagrue et coll., 1983). À l'époque, où la prévalence tabagique globale des adultes était de 45 %, le tiers de l'échantillon (34 %) des fumeurs a obtenu un score inférieur ou égal à 3, presque la moitié a obtenu un score compris entre 4 et 6. Seuls 19 % ont eu un score égal ou supérieur à 7. À l'époque, et selon les écrits du Dr Fagerström lui-même, seuls ces derniers pouvaient être considérés comme dépendants à la nicotine. Cette proportion est inférieure à celle des fumeurs réguliers de 15 ans et plus ayant essayé d'arrêter de fumer sans pouvoir y arriver : 63 % (Aliaga, 2002) ou déclarant leur envie d'arrêter : 63,5 % (Oddoux et coll., 2002). L'envie d'arrêter est, par ailleurs, significativement corrélée à la dépendance mesurée à la nicotine (Oddoux et coll., 2002).

Au cours de l'administration du questionnaire pour l'édition 2000 de l'enquête du « Baromètre santé », les fumeurs devaient répondre à la question « Quand fumez-vous votre première cigarette ? » et les réponses ont été analysées selon que cette cigarette était fumée ou non dans la première demi-heure suivant le réveil (Oddoux et coll., 2002). Il en résulte que 37,2 % des fumeurs adultes réguliers fument leur première cigarette dans la première demi-heure suivant le réveil, dont moins du tiers (11,1 % de tous les fumeurs réguliers) dans les 5 premières minutes. Cette proportion qui indique grossièrement la part relative de fumeurs dépendants à la nicotine, avec au moins autant de certitude que le test de Fagerström tout entier, est également inférieure à celle des fumeurs ayant essayé d'arrêter de fumer sans pouvoir y arriver ou ayant déclaré leur envie d'arrêter (cf. chiffres cités précédemment).

Dimensions d'une dépendance non pharmacologique

La position occupée par la sociologie dans l'explication d'une dépendance comportementale est différente, par nature, de celle de la psychologie. En effet, cette dernière peut, en toute légitimité, établir des hypothèses qui minimisent le rôle psychopharmacologique prêté à la nicotine et relever l'importance d'une histoire psychique singulière pour expliquer un accrochage sélectif à une substance psychoactive. Sa capacité de mise en évidence démonstrative de déterminants psychologiques indépendants de l'action psychopharmacologique de la substance concernée paraît faible et cette démonstration n'a d'ailleurs pas été tentée à notre connaissance.

Les raisons pour lesquelles les dimensions sociales de l'initiation au tabac puis du maintien du comportement tabagique ne peuvent être ignorées ou minimisées résident dans leur capacité à expliquer des évolutions de prévalence inexplicables si l'on prend en compte le seul facteur psychopharmacologique, même si ce dernier est complété par la génétique. Ces raisons ont déjà été exposées (Hirsch et Karsenty, 1992).

Comme un grand nombre d'autres comportements tels que, par exemple, l'habillement ou les préférences musicales, l'usage du tabac a un rôle qui, selon les circonstances et les choix du sujet, peut être intégrateur ou

distinctif. Le polymorphisme sémantique de la cigarette a déjà été remarqué et bien décrit (Lesourne, 1984).

Lorsqu'un individu cherche prioritairement à signifier son intégration au sein d'un groupe d'appartenance et que, parmi d'autres, le fait de fumer signe cette intégration, l'imitation d'autrui est un outil privilégié pour cet objectif. De nombreuses études qualitatives ont rapporté que l'initiation à la première cigarette autant que le tabagisme habituel dans le groupe juvénile correspondaient à cette fonction de signe intérateur.

La distinction est un mécanisme qui met en jeu simultanément le groupe d'appartenance dont on entend se distancer et le groupe de référence dont on souhaite signifier qu'on en fait symboliquement partie, malgré une distance réelle, parfois physique comme la différence d'âge ou l'éloignement géographique, parfois créée par une distance sociale objective. Ainsi, le tabagisme juvénile et le tabagisme féminin relèvent de la fonction distinctive ou de la fonction intégratrice selon les circonstances. Le premier est distinctif aux âges les plus jeunes, quand le groupe des fumeurs réguliers représente moins de 20 % de la classe d'âge et que la référence au comportement adulte, au sens de la césure avec l'enfance, est alors très claire. Il devient peu à peu intérateur, en particulier pour les nouveaux entrants, à l'âge de 17-18 ans. Le tabagisme féminin relève d'une même analyse lorsqu'on observe ses significations au cours de l'histoire. Il a été marginalisant puis distinctif et ne s'est imposé en France comme modèle de comportement normal que fort récemment, dans les années 1970.

Comme le vêtement ou la coiffure, le tabagisme s'intègre à une « image de soi » qu'il s'agit de donner à l'extérieur mais parfois à l'usage de publics déterminés. Cela explique le paradoxe de grands fumeurs dont la consommation à domicile, en fin de semaine ou en vacances, est pratiquement nulle. À l'inverse, d'autres utilisent le tabac comme une « béquille » dans les relations sociales qui sont les plus difficiles pour eux et qui peuvent se trouver être les périodes de loisirs ou de contact avec des partenaires à séduire. D'une façon générale, qu'il ait une fonction intégratrice ou distinctive, le comportement tabagique d'un individu relevant de cette analyse n'est jamais indépendant de ce qui se produit collectivement dans son groupe d'appartenance ou de référence. On pourrait tenter de rattacher ce lien à un effet de type « loi de Ledermann » qui établit, pour la consommation d'alcool, qu'un rapport constant existe entre les effectifs des buveurs excessifs et ceux des buveurs moyens selon une courbe log-normale (Ledermann, 1956).

L'attachement durable au tabac est le résultat d'une représentation du sujet selon laquelle ce comportement tempère efficacement les problèmes émotionnels nés de la relation à autrui. Il ne faut pas s'étonner, dans ce cadre, de voir que la privation collective de ce comportement par la réglementation (salles de spectacles ou, plus récemment, nombreux espaces publics clos et couverts) ne frustre pas la totalité des fumeurs, loin s'en faut, ni l'ensemble de

ceux que l'on considère comme les plus attachés à une prise fréquente et régulière de leur produit.

Il ne faut pas non plus s'étonner de ce que la stratégie d'arrêt du tabac par diminution progressive des doses soit généralement suivie d'échec. En effet, lorsque le choix de fumer ou non existe, la limitation du nombre de circonstances où ce comportement viendra résoudre un problème ressenti par le sujet paraît absurde et ne résiste pas à la pression du quotidien.

La nicotine comme facteur non exclusif de la dépendance tabagique

Dans cette section, nous considérerons une hypothèse différente. Si la nicotine agit sur l'ensemble des fumeurs, on pourrait la considérer comme un simple renforçateur chimique, d'impact éventuellement variable selon les individus. Son pouvoir addictif, loin de soumettre les fumeurs à une véritable dictature biologique, nécessiterait toujours d'autres facteurs favorisant pour empêcher le fumeur de se débarrasser de son habitude et le rendre dépendant au sens du DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1995).

La recherche des autres facteurs susceptibles d'expliquer un attachement excessif au tabac mène à trois courants de recherche qui, quoiqu'ils ne puissent être présentés comme des écoles « sociologiques », font une large place à la considération des facteurs sociaux ou psychosociaux pouvant expliquer un attachement « irraisonné » au comportement tabagique.

Théorie de l'action raisonnée

La théorie de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1980) présente un modèle d'explication des comportements qui semble s'affranchir totalement de la notion de dépendance. Les individus agissent selon leurs représentations qui dépendent de leurs connaissances (Quelles sont les conséquences de mon tabagisme ou de mon abstention de fumer ?) et selon une valorisation personnelle de ces conséquences. Ils sont sensibles aux pressions sociales mais ils les perçoivent à travers un filtre sélectif et subjectif et en tiennent compte inégalement. La décision qui en résulte ressemble à ce que la microéconomie nommerait un « état d'équilibre ».

Si l'on tient compte de la capacité de cette approche à effectuer au moins un « débroussaillage » du rapport au tabac, l'investigation des déterminants non psychopharmacologiques devra impérativement tenir compte des connaissances du sujet sur les dangers du tabac, des représentations personnelles qu'elles impliquent, de l'appréciation qu'elles induisent quant au tabagisme personnel, des représentations des conséquences attendues d'un éventuel arrêt du tabagisme. Elle devra aussi se soucier de connaître l'environnement social influent (parents, conjoint, groupe de pairs).

Appliqué au problème du tabac, ce modèle est proche de la démarche empirique de Marsh (1988) ou de Chapman (1986) : l'échec à anticiper les inconvénients du tabagisme et le maintien de cette habitude seraient moins le résultat d'une dramatique addiction à une drogue que de l'absence de messages suffisamment forts et cohérents pour déstabiliser un équilibre satisfaisant et bien installé.

Il est également compatible avec une éventuelle application d'un modèle ledermannien (Ledermann, 1956) au tabagisme où chaque fumeur serait « prédit » par la proportion de fumeurs dans un groupe social particulier (âge, sexe, activité) et participerait à son tour au tabagisme des autres fumeurs.

Il est fréquent de considérer que l'absence de volonté du sujet sous la dépendance d'une quelconque substance psychoactive est prouvée par le fait que, connaissant les dangers que représente la consommation du produit pour sa santé et les risques pour sa vie, le sujet n'en demeure pas moins consommateur. Une approche telle que la théorie de l'action raisonnée et, d'une façon générale, toute approche microéconomique de la satisfaction du consommateur ne manqueront pas d'évaluer la perception du risque pour la santé dans la situation concrète du sujet décideur et non dans l'opinion de l'observateur. On constate alors que la valorisation du temps est une variable majeure à prendre en compte (Karsenty, 2002). Lorsque la valeur du présent est très élevée et la valeur de l'avenir faible, ce qui est le cas des jeunes relativement aux plus âgés, des célibataires sans enfants relativement à ceux qui ont charge de famille, des combattants en guerre relativement aux habitants des pays en paix, des personnes en état de précarité réelle ou subjective, quelle qu'en soit la raison – malnutrition, pauvreté, chômage, disjonction familiale – on ne doit pas s'étonner qu'un message de danger seulement probable et substantiellement différé dans le temps soit inefficace. L'avantage de renoncer au tabac est alors véritablement très faible, sauf lorsque son prix monétaire est élevé.

Théorie du conditionnement acquis

Selon la théorie du conditionnement acquis, les comportements associés à une situation émotionnelle particulière ont vocation à se renouveler et chaque renouvellement d'une association comportement/contexte (stimulus) sera producteur d'un « renforcement » – c'est-à-dire d'une augmentation de probabilité de survenue du comportement en raison de son effet de récompense – de la fonction assignée au comportement, de l'attente de son effet (Kasner, 1982). Il y a conditionnement lorsqu'un fumeur associe automatiquement une situation, une pensée ou un sentiment avec l'acte de fumer (Slama et Karsenty, 1993). Ces associations sont, en théorie, arbitraires, mais il est aisé d'imaginer comment, tout particulièrement pour un adolescent, des associations « marquantes » se créent à la faveur des difficultés de la relation à autrui. Dès lors, la compatibilité de cette théorie avec l'observation des effets sociaux du tabagisme, et en particulier des ses effets de signe dans une

stratégie de positionnement social, est extrêmement encourageante (Karsenty, 1989).

Simultanément, la théorie du conditionnement acquis est compatible avec une théorie des neuromédiateurs stimulés par la coïncidence d'un contexte émotionnel et d'un comportement impliquant le fait de fumer. Cette théorie laisse également une grande part de l'explication des renforcements à l'empreinte mnésique des « premières fois ».

Si l'on admet l'intérêt de la théorie du conditionnement acquis, l'examen du « rapport au tabac » devrait donc systématiquement inclure une exploration par questionnaire des situations dans lesquelles le besoin de fumer intervient de façon automatique comme une envie irrésistible (*craving*). De fait, les retombées pratiques de cette théorie ont eu plus de succès que le courant de recherche qui lui fut lié. Cependant, selon un avis du « Guide de pratique clinique » de l'AHCPA américaine (*Agency for health care policy and research*) (AHCPA, 1996), l'intérêt pratique d'une telle démarche n'est actuellement que très faiblement démontré par l'examen des études existantes, car il y a peu de preuves scientifiques que l'on pourrait ajuster le traitement sur le résultat d'évaluations aussi spécialisées du type de fumeur. Il paraît difficile de contester cette conclusion même si elle déstabilise les convictions de bien des praticiens de l'aide à l'arrêt. Un très grand nombre de ces praticiens considèrent comme très importante la connaissance des contextes conditionnants.

Le tableau I présente une liste des items couramment retenus par les praticiens de l'aide à l'arrêt. S'il n'y a pas, à notre connaissance, de paternité d'auteur sur ce type de grille, l'esprit qui préside à sa conception relève clairement de l'influence de l'école de psychologie comportementale de Bandura (Bandura, 1977a et b) et de l'adaptation qui en a été faite par Pomerleau (Pomerleau, 1979). Notons qu'elle a déjà été largement traduite, recopiée, et a certainement fait l'objet de divers remodelages empiriques par retraites, adjonctions ou fusions avec d'autres outils. Une grille de ce type circule notamment sous la dénomination de « test de Horn », mais les références de l'éventuel article original sont introuvables.

Cette grille peut être remplie en auto-administration ou par un investigateur lors d'un entretien. On peut cocher les items sur le mode présence-absence ou avec une hiérarchisation. Le questionnaire peut être identique selon qu'il est soumis à un fumeur actuel ou à un ex-fumeur en début de sevrage. La question générique peut alors changer de formulation. Un fumeur peut répondre à : « Parmi les situations de la liste ci-dessous, quelles sont celles dans lesquelles vous avez le plus de plaisir à fumer ? » ou encore, alternativement ou cumulativement : « quelles sont celles dans lesquelles vous n'imaginerez pas ne pas pouvoir fumer ? ». Un ex-fumeur en cours de sevrage pourra répondre à : « Parmi les situations de la liste ci-dessous, quelles sont celles dans lesquelles vous avez le plus de difficultés à ne pas fumer ? ».

Tableau I : Exemple de liste de contextes conditionnants

Quand vous êtes en compagnie de personnes qui fument
Quand vous êtes pressé, quand vous craignez d'être en retard
Quand vous avez une discussion animée avec quelqu'un ou dans un groupe
Quand vous ressentez de la tristesse ou de l'amertume
Quand vous êtes irrité contre quelqu'un ou quelque chose
Quand vous craignez de ne pas être « à la hauteur »
Quand vous venez de terminer un repas
Quand vous buvez ou venez de boire un café
Quand vous buvez ou venez de boire une boisson alcoolisée
Quand vous ne pouvez pas dormir
Quand vous êtes avec une personne qui vous plaît
Quand vous parlez au téléphone
Quand vous devez attendre quelqu'un ou quelque chose

Il est aisé de constater, d'une part, le caractère non hiérarchisé et impondérable de ce type de grille, donc son incapacité naturelle à déboucher sur un score. D'autre part, la dualité de ses objectifs paraît irréductible : il s'agit de mieux connaître le rapport au tabac du sujet, mais il s'agit aussi, simultanément, de rendre le sujet conscient des associations dont il n'a pas la maîtrise, ne serait-ce que pour savoir quand et comment substituer d'autres récompenses.

Théorie de la dissonance cognitive

La théorie de la dissonance cognitive de Festinger (1957) insiste sur l'énergie et la constance avec lesquelles les individus cherchent à mettre en consonance leurs comportements et les représentations qui leur sont associées. Cette approche permet d'abandonner sans regret les perspectives naïves selon lesquelles les croyances en matière de santé sont à l'origine des comportements. Elle renverse les termes de cette relation et en donne des preuves expérimentales. L'intérêt de cette théorie pour l'investigation du rapport au tabac n'est pas de révéler la plus ou moins grande dépendance à la substance, car on peut admettre qu'un fumeur non dépendant soit « consonant » et qu'un fumeur très dépendant le soit aussi. Elle montre l'intérêt d'une reconstitution dynamique de la carrière d'un fumeur.

Le comportement tabagique dans lequel il est installé aujourd'hui est probablement le résultat d'une ou plusieurs réponses efficaces à la dissonance, lors d'un comportement passé, ou à l'égard d'un comportement virtuel, jamais pratiqué par le sujet et même critiqué chez autrui. Ainsi en est-il de la moindre consommation tabagique, récente ou constante, par comparaison avec de plus gros fumeurs, du choix des cigarettes à bouts filtrants, du choix des cigarettes légères, du choix des cigares ou cigarillos, ou de la pipe,

demain, peut-être, d'une option permanente pour le cannabis parce que certains rapports scientifiques représentaient de ce point de vue des paroles d'espoir largement popularisées. Nous avons décrit ces réponses stabilisatrices comme des « paliers de décompression » de la dissonance (Hirsch et Karsenty, 1992).

L'intérêt de cette théorie de psychologie sociale est de permettre d'expliquer l'échec à l'arrêt du tabac sans requérir l'idée d'une toute puissance pharmacologique de la nicotine. En effet, à partir du moment où il s'est installé dans le comportement tabagique, un fumeur dispose d'outils cognitifs puissants d'auto-exonération à l'égard des facteurs de changement. On peut, en utilisant cet outil analytique, comprendre que la souffrance due à la dissonance entre le comportement et les connaissances établies dans la société dans laquelle on vit va d'abord subir l'anesthésie des auto-exonérations plutôt que de se résoudre rapidement dans une rupture des conduites habituelles.

L'énergie mise à échafauder des constructions mentales protectrices constitue la preuve que l'attachement au tabac est resté élevé, mais aussi que l'ouverture à l'information épidémiologique a également fait son travail déclencheur et qu'elle pourrait bien mener le sujet à agir un jour sur ses comportements réels et non sur les représentations qu'il s'agit d'en avoir.

En conclusion, les données ne manquent pas pour concilier une approche sociologique avec une approche psychopharmacologique de la dépendance au tabac. Les deux scénarios par lesquels on peut concevoir le rôle des déterminants sociaux – soit expliquer les comportements de certains fumeurs dépendants, soit expliquer la part non-biologique des comportements de tous les fumeurs dépendants – ne sont eux-mêmes pas incompatibles, puisqu'un large éventail de situations intermédiaires peut être imaginé.

L'inégalité des individus face à la dépendance, qu'elle soit de type pharmacologique ou socialement déterminée, reste un fait incontournable pour les chercheurs. C'est la raison pour laquelle les analyses qui précèdent restent également compatibles avec les résultats des recherches en génétique sur le même objet.

Serge Karsenty

Laboratoire « Droit et changement social », CNRS, Nantes

BIBLIOGRAPHIE

- 402 AHCPR (the Agency for health care policy and research). Smoking cessation, clinical practice guideline, Number 18, US Department of health and human services, Public health service, AHCPR Publication, April 1996, 96-0692

- AJZEN I, FISHBEIN M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Prentice Hall, Englewood Cliffs NJ 1980
- ALIAGA C. Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation. *INSEE Première*, octobre 2001, **808**
- ALIAGA C. Les relations au tabac sont multiples. *INSEE Première*, juin 2002, **852**
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed. DSM IV. American Psychiatric Association, Washington DC 1995 : 943p
- BANDURA A. Social learning theory. Prentice Hall, Englewood Cliffs NJ 1977a
- BANDURA A. Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977b, **84** : 191-215
- CHAPMAN S. The natural history of smoking cessation : how and why people stop smoking. A report for the National Health and Medical Research Council, Australia, and the Health Education Council, London 1986
- FESTINGER L. A theory of cognitive dissonance. Row-Patterson, Evanston, Ill, 1957
- HILL C, LAPLANCHE A. Histoire de la consommation de tabac en France. Institut Gustave Roussy, Rapports techniques, Villejuif 2003, 2 fasc.
- HIRSCH A, KARSENTY S. Le prix de la fumée. Éditions Odile Jacob, Paris 1992 : 206p
- KARSENTY S. Usages sociaux du tabac et dépendance individuelle. *Sem Hôp Paris* 1989, **65** : 2439-2447
- KARSENTY S. Les critères de dépendance non pharmacologique au tabac. In : L'arrêt de la consommation du tabac ; conférence de consensus ; Paris 8-9 octobre 1998. Editions EDK, Paris, 1998 : 106-113
- KARSENTY S. Sociologie des addictions. In : Cliniques des addictions : théories, méthodologies, prévention et traitements. FERNANDEZ L, CATTEEUW M eds, Collection FAC, Nathan, Paris 2002 : 5-18
- KARSENTY S, SLAMA K, HIRSCH A. Le tabagisme en France avant et après la loi Évin de 1991. In : La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, rapport d'évaluation. Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan eds, La Documentation française, Paris 2000 : 337-349
- KASNER L. Behavior therapy : on roots, contexts and growth. In : Contemporary behavior therapy. WILSON GT, FRANCKS CM eds, Guilford Press, New York 1982
- LAGRUE G, GRIMALDI B, DEMARIA C, LOUFRANI E, LEVAILLANT C. Épidémiologie de la dépendance physique à la nicotine (test de Fagerström), résultats d'une enquête IFOP. *Sem Hôp Paris* 1983, **65** : 2448-2450
- LEDERMANN S. Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Presses Universitaires de France-INED, Paris :1956 et 1964
- LESOURNE O. Le grand fumeur et sa passion. PUF, Paris, 1984
- MARSH A. The dying of the light. Smoke-Free Europe, WHO Publication. Copenhagen 1988, **7**
- ODDOUX K., PERETTI-WATEL P, BAUDIER F. Tabac. In : Baromètre Santé 2000, vol 2 Résultats. GUILBERT P, BAUDIER F, GAUTIER A eds, CFES, Vanves 2002 : 77-118

POMERLEAU OF. Behavioral factors in the establishment, maintenance, and cessation of smoking. *NIDA Res Monogr* 1979, 26 : 47-67

SLAMA K, KARSENTY S. Understanding smoking behavior and change : a key to prevention. *In* : Prevention of respiratory diseases. HIRSCH A, GOLDBERG M, MARTIN JP, MASSE R eds, Marcel Dekker Inc, New York 1993 : 559-574