

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos. Un défi social et scientifique	5
Remerciements.....	9
Chapitre 1 – Heurs et malheurs de la lutte antitabac	11
1.1 La consommation de tabac:	
quelques données	14
<i>Connaissance des méfaits et attitude des fumeurs</i>	<i>15</i>
<i>Prévalence et niveau de consommation</i>	<i>17</i>
<i>Attitude vis-à-vis de l'arrêt de la consommation</i>	<i>20</i>
<i>Entre réussite et échec</i>	<i>21</i>
1.2 Les législations antitabac	23
<i>Augmenter le prix de la cigarette</i>	<i>23</i>
<i>Restreindre l'opportunité de fumer</i>	<i>25</i>
<i>Interdire la publicité</i>	<i>27</i>
1.3 Les campagnes d'information	29
<i>Les croyances comme déterminants du comportement ..</i>	<i>30</i>
<i>Les processus d'influence sociale comme déterminants</i>	
<i>de la consommation de tabac</i>	<i>34</i>
<i>La perception de contrôle du comportement</i>	<i>37</i>
<i>La logique des campagnes antitabac</i>	<i>41</i>
1.4. Conclusion	45
Chapitre 2 – Enjeux identitaires, menace de l'identité	
et motivation défensive	51
2.1 Comportement tabagique et identité de fumeur	53
<i>Initiation à la consommation et identité de fumeur</i>	<i>54</i>
<i>Consommation et identité de fumeur</i>	<i>56</i>
2.2 La menace pour l'identité sociale	59

<i>Le manque de justification pour fumer</i>	61
<i>Le manque de normativité sociale</i>	62
<i>L'image négative du fumeur et de la consommation de tabac</i>	64
2.3 Implication personnelle, menace de l'identité et motivation défensive	69
<i>Enjeux identitaires, motivation défensive et résistance au changement</i>	72
2.4 Comment contourner la motivation défensive?	80
<i>Réduire les enjeux identitaires</i>	80
<i>Rassurer l'identité personnelle</i>	83
2.5 Intériorisation de la menace et motivation défensive	89
2.6 Conclusion	94
Chapitre 3 – Influence des experts sur des attitudes et comportements impliquants	97
3.1 L'influence des sources expertes: pas si simple	99
<i>Les propriétés de l'influence des experts</i>	101
3.2 Le rapport social avec les experts	107
<i>Les experts intensifient la mise en cause</i>	107
<i>Expertise et saillance du rapport d'influence: l'élaboration externe du conflit</i>	110
<i>Le rapport avec des experts est davantage perçu comme une contrainte</i>	114
3.3 Sources expertes et menace de l'identité	122
3.4 Synthèse et hypothèses générales	126
Chapitre 4 – Le besoin de respect dans la relation d'influence	131
4.1 Contrainte relationnelle et respect de la cible ...	132
4.2 Enjeux identitaires et respect associé à la rhétorique persuasive	136

Table des matières

<i>Les styles d'influence</i>	136
<i>Style d'influence et sensibilité des fumeurs</i>	140
<i>Style d'influence et identification aux fumeurs</i>	144
<i>Style d'influence et cohésion</i>	147
4.3 Statut de la source et perception de respect	152
<i>Enjeux identitaires et sources antitabac</i>	155
4.4 L'effet paradoxal de la possibilité de fumer	158
<i>Statut de la source et possibilité de fumer</i>	160
<i>Statut de la source et le fait de fumer</i>	162
4.5 Conclusion	165
Chapitre 5 – Le besoin de validité lors du rapport d'influence	169
5.1 Le déni d'expertise	171
<i>Menace de l'identité et déni d'expertise</i>	171
<i>Les effets paradoxaux du déni</i>	177
5.2 L'effet de l'absence de raison pour fumer	179
<i>Raisons pour et contre la consommation de tabac</i>	182
<i>Manque de raisons pour fumer</i>	184
5.3 L'accord initial avec le message antitabac	187
<i>Accord initial et saillance du rapport d'influence</i>	190
<i>Accord initial, validité des arguments et statut de la source</i>	193
5.4 Traitement de l'information persuasive et statut de la source	196
<i>Contrainte interne, statut de la source et validité accordée à l'information persuasive</i>	197
<i>Centration sur le contenu et statut de la source</i>	199
5.5 Conclusion	203
Chapitre 6 – Menace de l'identité sociale et identité personnelle positive	205
6.1 La menace pour l'identité sociale	209

<i>Statut de la source et anticipation de la menace</i>	210
<i>Statut de la source et insatisfaction avec l'image de soi</i> .	213
<i>Saillance du rapport d'influence et comparaison sociale défavorable</i>	215
6.2 Maintenir l'estime de soi positive face aux experts	218
<i>Ressources pour l'estime de soi et image du fumeur</i>	218
<i>Ressources pour l'estime de soi et changement d'attitude</i>	221
6.3 Contrainte persuasive interne et maintien d'une identité personnelle positive	224
<i>Insatisfaction avec l'image de soi et locus de comparaison</i>	225
<i>Insatisfaction avec l'image de soi, locus de comparaison et statut de la source</i>	230
<i>Préserver l'identité sociale ou personnelle?</i>	233
6.4 Conclusion	235
Chapitre 7 – Conclusions	239
7.1 Le fumeur: un individu fragilisé	241
7.2 Contourner la motivation défensive	244
7.3 L'influence des experts dans des contextes menaçants	247
7.4 Rétablir la valeur personnelle de la cible	250
7.5 Le dilemme des experts	253
Références	255

Heurs et malheurs de la lutte antitabac

Depuis les premières feuilles de tabac ramenées en Europe par Christophe Colomb en 1519, et les débuts de la production de tabac en 1531 à Saint-Domingue, sa consommation dans les pays occidentaux a toujours été marquée d'une ambivalence (pour une approche historique, voir Escobedo, 1989). Elle fut d'emblée acceptée et valorisée socialement en raison de ses propriétés médicales et ludiques, ce qui marqua une période de forte prolifération. Cette reconnaissance était aussi proportionnelle aux bénéfices économiques que le tabac pouvait apporter aux états, et l'Espagne fut en 1611 la première à taxer l'importation de tabac, pratique qui se propagera rapidement dans les pays voisins. Face aux avantages que le tabac procurait à ceux qui en contrôlaient la production et la commercialisation, d'autres ne purent que dénoncer ses inconvénients et tentèrent d'arrêter son expansion. C'est ainsi que certains états ou royaumes interdirent sa consommation, et l'Église le déclara démoniaque. On trouve d'ailleurs déjà dans ces premiers efforts contre la consommation de tabac des allusions à l'esthétique négative du fumeur qui anticipent certains éléments des campagnes antitabac actuelles. Ce ne fut qu'au XVIII^e siècle que l'emprise du bénéfice économique l'emporta sur toute autre considération, et que la consommation de tabac commença à s'étendre socialement. Depuis, la consommation de tabac n'a fait que s'amplifier et se consolider jusqu'à la moitié du XX^e siècle.

Malgré de premières découvertes au début du XX^e siècle (*cf.* Broders, 1920; Pearl, 1938), c'est surtout à partir des années 50 que

paraissent des études épidémiologiques suggérant l'existence d'un lien entre la consommation de tabac et le cancer du poumon (cf. Doll et Hill, 1950; Wynder et Graham, 1950). Depuis, les découvertes scientifiques ont largement mis en évidence les méfaits de la consommation de tabac chez le fumeur (cf. Peto, López, Boreham, Thun et Heath, 1992; USDHHS, 1989; OMS, 1996) et chez le non-fumeur (USDHHS, 1986), ainsi que la puissante dépendance qu'elle crée (USDHHS, 1988). On considère qu'il y a plus de 3000 substances chimiques dans la fumée du tabac, certaines avec des concentrations infimes et d'autres avec des concentrations pouvant se révéler responsables de maladies graves (comme les goudrons, le monoxyde de carbone et divers gaz irritants). Parmi les maladies les plus graves associées à la consommation du tabac, et dont l'incidence est plus importante chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, se trouvent le cancer des bronches et du poumon (avec un taux de mortalité très élevé reconnu depuis qu'il est diagnostiqué), les maladies cardio-vasculaires (comme, par exemple, l'artériosclérose, cause de décès la plus fréquente pour les fumeurs), et les affections chroniques des voies respiratoires. On estime que le tabac tue actuellement dans le monde plus de 4 millions de personnes chaque année, et les prévisions à long terme sont de 8,4 millions de décès à l'horizon 2020 (OMS, 2002). Des bilans suggèrent même que plus d'une personne sur six meurt à cause du tabac (Peto, Lopez, Boreham et Thun, 2003; USDHHS, 1989). Ce coût en vies humaines est aggravé par la perte de qualité de vie de la personne atteinte, et par des effets collatéraux comme la souffrance des proches.

Les méfaits du tabac ne se limitent pas à la santé. Les conséquences sont aussi d'ordre socio-économique, et la consommation de tabac peut être analysée en fonction des coûts qu'elle génère. Ces coûts matériels sont estimés d'abord par les frais médicaux et hospitaliers (médecins, médicaments, prise en charge des fumeurs), les frais des politiques publiques (recherche, formation et prévention), et ceux liés aux dommages aux bâtiments (incendies, vieillissement accéléré des peintures) et à l'environnement (cf. Jeanmaud et Soguel, 1999). Ces coûts sont aussi

estimés, plus indirectement, par les pertes de production marchande et non marchande (temps passé dans les institutions de santé, absentéisme au travail, mort prématurée). Ainsi, et malgré la controverse existant à propos du coût exact du tabagisme, c'est-à-dire du bilan réel entre les recettes et les dépenses liées au tabac, la consommation de tabac est en général considérée comme responsable d'un coût social énorme pour la collectivité (Kopp et Fenoglio, 2000; voir aussi Deveaud et Lemennicier, 1994).

Les vies humaines, la souffrance et le prix que la société paye à cause du tabagisme, mais aussi une évolution des normes et des valeurs sociales vers l'hygiénisme et la qualité de la vie, ont fait de la consommation de tabac la cible d'une croisade qui a mené à l'adoption d'une série de mesures visant à l'éradiquer ou, du moins, à en contrecarrer les coûts. Lors de la 39^e Assemblée mondiale de la santé, il a été proclamé que l'usage du tabac sous toutes ses formes est incompatible avec l'établissement d'un état de santé satisfaisant pour tous (OMS, résolution 39.14, 1986). Si la plupart des pouvoirs publics se sont alors attaqués avec plus de conviction à la consommation de tabac, leur attitude reste en général profondément ambivalente. En effet, bien que des évidences scientifiquement étayées aient changé l'opinion publique et que des mesures pour diminuer les coûts liés au tabagisme aient été mises en place, celles-ci sont souvent considérées comme insuffisantes par les responsables de la prévention. Cette politique en demi-teinte dévoile le véritable enjeu pour les États et le conflit d'intérêts dans lequel ils se trouvent : l'amélioration de la santé publique d'une part, de l'autre le maintien d'un secteur d'activité considérable et le profit des revenus liés à la taxation du tabac (*cf.* Zindel, 2002). Les pouvoirs publics sont ainsi accusés de ne pas adopter toutes les mesures susceptibles de s'avérer efficaces pour éradiquer, ou du moins mieux maîtriser la consommation, en ce qui concerne la réglementation (interdiction totale de la publicité favorable au tabac), la taxation fiscale (augmentation dissuasive des taxes et des prix) ou l'allocation de budgets pour la prévention suffisants et comparables à ceux d'autres domaines (comme le sida).

Ainsi, dans la deuxième moitié du xx^e siècle, la consommation de tabac et le fumeur lui-même se retrouvent dans un contexte social qui certes leur est défavorable, mais qui dans le même temps tolère cette consommation et en tire bénéfice. Difficile situation que celle du fumeur, pris en tenaille entre deux tendances opposées : celle qui, sur la base du coût pour la collectivité, vise à l'éradication totale de la consommation de tabac et celle qui, sur la base du respect de la société de consommation et du libre choix, tolère le tabagisme tout en stigmatisant et en discriminant le fumeur. Difficile situation aussi pour les responsables de la lutte antitabac, contraints de garantir la santé des fumeurs et des non-fumeurs, mais souvent privés des instruments nécessaires. Il n'y a d'ailleurs aucun moyen d'empêcher totalement ce comportement, et il n'y a pas non plus de mesures qui puissent être considérées comme des solutions miracles. Dans ce contexte social ambivalent, voire chargé d'ambiguïté, la lutte antitabac doit faire preuve de clairvoyance quant à l'entente obligée entre la *fume* et la santé ; elle est condamnée à agir de manière fondée et subtile, en tenant compte de besoins et d'intérêts contradictoires.

1.1 La consommation de tabac : quelques données

Etant donné les méfaits imputables à la consommation de tabac, les pays occidentaux mènent depuis plusieurs décennies des campagnes de prévention. Cette lutte antitabac a centré ses efforts principalement sur les campagnes d'information, avec l'idée qu'un changement dans les connaissances sur les conséquences de la consommation aurait un effet dissuasif sur le comportement tabagique, et réduirait le nombre de fumeurs et le taux de consommation. Avant d'examiner les principaux déterminants du comportement tabagique, ainsi que la nature des efforts réalisés par les campagnes antitabac, il s'avère pertinent d'établir le bilan actuel de la consommation de tabac. Cet examen permettra de mieux jauger les enjeux de cette problématique tout

en portant un regard sur l'efficacité des moyens investis jusqu'à présent dans la lutte antitabac. En nous appuyant sur les résultats de sondages et d'études épidémiologiques, quelques conclusions pourront être avancées quant aux effets de ces efforts de persuasion.

1.1.1 Connaissance des méfaits et attitude des fumeurs

Plusieurs études ont montré que la connaissance des conséquences négatives pour la santé liées à la consommation de tabac est de plus en plus élevée, et que les gens, fumeurs y compris, reconnaissent les risques et les méfaits de fumer pour la santé autant du fumeur que du non-fumeur (cf. Brownson *et al.*, 1992; Keller, Krebs et Hornung, 2003a; USDHHS, 1989). Par exemple, dans les années 50, entre 40 % et 50 % seulement de la population américaine croyaient que fumer était une cause du cancer du poumon, alors qu'en 1986 ce pourcentage était de 92 % (85 % pour les fumeurs; USDHHS, 1989). Des changements semblables ont été observés en ce qui concerne d'autres risques comme ceux liés aux maladies du cœur, du poumon ou des bronches. En France, une grande majorité de la population (72,5 %) considérait en 2001 que la consommation quotidienne de tabac est dangereuse (Beck, Legleye et Peretti-Watel, 2002). Une majorité (61,7 %) estimait même que le tabac représente un danger plus grand pour la société que la consommation de substances illicites (non-fumeurs : 67 % ; fumeurs, 56 %), et le tabac est perçu comme le produit le plus addictif, davantage que l'alcool et le cannabis.

Cette reconnaissance des méfaits pour la santé a des conséquences sur la pondération que les fumeurs font des aspects positifs et négatifs liés à la consommation de tabac. Dans un contexte expérimental, il est ainsi apparu que des fumeurs attribuent moins d'importance au plaisir de fumer qu'à la protection de l'environnement, et moins également à la liberté de fumer, à la réduction de la tension et au bénéfice pour la relaxation qu'à l'idée que la fumée nuit à la santé du non-fumeur (Pérez et

Mugny, 1990). De même, ils attribuent davantage d'importance aux facteurs considérés comme défavorables à la consommation (la santé et la dépendance) qu'aux facteurs favorables (le plaisir et la réduction du stress; Falomir, Mugny, Sanchez-Mazas, Pérez et Carrasco, 1998). Ils fournissent aussi davantage d'arguments contre la consommation de tabac qu'en sa faveur (Pérez, Mugny, Roux et Butera, 1991; Falomir, Mugny et Pérez, 1993; voir 2.2.1).

Malgré cette connaissance des méfaits, les fumeurs continuent pour une bonne part à nier l'évidence, c'est-à-dire à ne pas croire que fumer augmente véritablement leur risque de contracter de telles maladies (McCoy *et al.*, 1992; Strecher, Kreuter et Kobrin, 1995). Par exemple, seuls 0,4 % des Français considèrent dangereuse la consommation occasionnelle de tabac (Beck *et al.*, 2002). 37 % des fumeurs suisses sont sûrs ou assez sûrs que le tabagisme n'est nuisible qu'à partir d'un certain nombre de cigarettes, et 28 % considèrent inexacte l'affirmation que le tabagisme est la plus importante cause évitable de mortalité (Keller *et al.*, 2003a). Seuls 18 % des fumeurs américains considéraient en 1986 être véritablement concernés par les effets du tabac sur leur santé, et 24 % estimaient même qu'ils ne l'étaient pas du tout (USDHHS, 1989). Par ailleurs, d'autres études réalisées avec des échantillons non représentatifs de la population ont montré que le rapport entre les arguments pour et contre la consommation de tabac est vu comme moins défavorable à la consommation par les fumeurs que par les non-fumeurs (Eiser et Harding, 1983; Eiser, Sutton et Wober, 1977). Les aspects positifs de la consommation (comme la relaxation, le plaisir, la sociabilité) seraient d'ailleurs spontanément plus présents à l'esprit des fumeurs, tandis que les aspects négatifs (santé, cancer, malpropreté, odorat, coût, opinion des parents) le seraient chez les non-fumeurs (Eiser, 1982). Il a été aussi observé que malgré le fait que les enfants de 10 ans font en général montre d'une attitude plutôt négative face au fait de fumer, celle-ci diminue lorsque l'âge de la première cigarette approche (O'Rourke, Smith et Nolte, 1983).

En somme, et malgré quelques réticences des fumeurs, il existe une grande reconnaissance des méfaits pour la santé, ce qui suggère que les campagnes d'information se sont révélées efficaces à informer que fumer est dangereux. De plus, ces campagnes n'ont pas seulement amené le fumeur à reconnaître les méfaits pour la santé, mais même parfois à dévaluer les avantages de fumer. Elles ont été efficaces au point que très tôt certains ont pu se demander si elles étaient encore essentielles ou nécessaires (Ashton et Stepney, 1982). Si les campagnes antitabac ont été efficaces pour transmettre l'information, il s'agira maintenant d'examiner si une telle connaissance va de pair avec une diminution de la prévalence du comportement tabagique.

1.1.2 Prévalence et niveau de consommation

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1999), au début des années 90 il y avait autour de 1 100 millions de fumeurs dans le monde. Le pourcentage de fumeurs plus élevé se trouve dans les pays développés économiquement, malgré la forte augmentation observée dans les pays moins industrialisés. Il correspond à 21 % des femmes et 41 % des hommes de plus de 15 ans, ce qui représente environ 30 % de la population âgée de plus de 15 ans. On observe que dans les pays de l'Union européenne le pourcentage de fumeurs³ avoisine 33,9 % de la population (28 % des femmes et 40,2 % des hommes ; cf. Commission européenne, Baromètre, Eurostat ; communiqué de presse n° 62/2002). Depuis la fin des années 80 on observe dans les pays industrialisés une nette diminution chez les hommes (d'environ 10,2 %), mais une augmentation chez les femmes (d'environ 4,2 % ; López, Collishaw et Piha, 1994).

En France par exemple, le pourcentage de fumeurs a diminué progressivement entre les années 50 et 80, mais cette diminution s'est affaiblie, voire stabilisée, pendant les années 90.

3. Il faut signaler que souvent ces estimations concernent les fumeurs quotidiens et occasionnels confondus.

Ainsi, 59 % de la population fumait en 1953, le pourcentage était de 50 % en 1965, et il avait baissé à 38 % en 1986, à 33 % en 1993, et s'est maintenu entre 33 % et 35 % jusqu'à la fin du siècle dernier (cf. Danzon, 1992 ; Oddoux, Peretti-Watel et Baudier, 2000). En Suisse, le pourcentage de fumeurs est tombé à 37 % en 1980 (46 % des hommes et 28 % des femmes), autour de 31 % en 1992 (36 % des hommes et 26 % des femmes), et est resté constant durant les années 90. Il a légèrement augmenté entre 32 et 35 % de la population en 1997 (environ 38,4 % d'hommes et 27,4 % des femmes), et il semble se stabiliser autour de 32 % en 2001 (cf. ISPA, 1997 ; OFS, 2003 ; OFSP, 2003). Le pourcentage de personnes n'ayant jamais fumé a diminué de 49,2 % en 1980 à 47,9 % en 1992, et se serait stabilisé autour de 49 % (Keller *et al.*, 2003a).

Néanmoins, les conséquences les plus claires de la lutte anti-tabac s'observent dans les statistiques concernant l'Amérique du Nord. D'après les *National Health Interview Surveys*, le pourcentage de fumeurs réguliers aux États-Unis n'a cessé de diminuer, passant de 42,4 % en 1965 à 33,2 % en 1980, à 25,5 % en 1990, à 24,7 % en 1997 et à 22,8 % en 2001 (dont 81,8 % fument quotidiennement et 18,2 % occasionnellement).

Outre les différences en fonction du sexe, les pourcentages sont aussi en général plus élevés dans les milieux sociaux plus défavorisés, notamment chez ceux ayant un niveau d'éducation élémentaire, un statut social bas, chez les chômeurs ou chez ceux ayant une origine ethnique minoritaire (Keller *et al.*, 2003a ; Oddoux *et al.*, 2000 ; Pierce, Fiore, Novotny, Hatziandreu et Davis, 1989 ; USDHHS, 1989). La consommation de tabac semble aussi s'avérer moins prononcée chez les gens ayant de fortes croyances ou pratiques religieuses (Waldron, Lye et Brandon, 1991) et chez ceux qui pratiquent un sport (Oddoux *et al.*, 2000 ; Swan, Cresser et Murray, 1990 ; Tucker, 1985).

Les estimations sont davantage troublantes lorsqu'on considère les plus jeunes. Il apparaît que dans différents pays le pourcentage d'adolescents qui commencent à fumer a légèrement augmenté au cours de la dernière décennie, après avoir été

stable dans les années 70 et 80 (cf. Lynch et Bonnie, 1994; ISPA, 1997; OFS, 2003). Si certaines données montrent une prévalence légèrement supérieure chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons, ou pas de différence (ISPA, 1997; Keller, Krebs et Hornung, 2003b), d'autres montrent que depuis quelques années et de manière stable la consommation de tabac chez les jeunes entre 13 et 16 ans est plus grande chez les filles que chez les garçons (Goddard, 1992; Balding, 1995; voir Lloyd et Lucas, 1998).

En France, par exemple, le pourcentage des filles qui déclarent fumer est supérieur à celui des garçons parmi les 12-14 ans (respectivement, 11,6 % et 5,3 %) et parmi les 15-19 ans (respectivement, 44 % et 38,2 %), mais l'inverse s'observe chez les 20-25 ans (respectivement, 43,3 % et 51,6 %; Oddoux *et al.*, 2000). Toujours en France, 36,7 % des jeunes de 12 à 25 ans déclarent fumer, cette moyenne variant entre 8,5 % pour les 12-14 ans, 40,9 % pour les 15-19 ans et 47,6 % chez les 20-25 ans (Oddoux *et al.*, 2000). Si on ne considère que ceux qui déclarent fumer quotidiennement, le pourcentage est de 4,1 % chez les 12-14 ans, de 33,2 % chez les 15-19 ans et de 40,4 % chez 20-25 ans. En Suisse, si en 1992 le pourcentage de fumeurs entre 15 et 24 ans était de 35,9 % pour les hommes et de 25,7 % pour les femmes (30,9 % en tout), en 2002 il est respectivement de 37,7 % et de 33,6 % (OFS, 2003). Selon d'autres sources, en 2001, le pourcentage de jeunes entre 14 et 20 ans se situe à 30 %, dont 17 % sont des consommateurs réguliers et 13 % sont consommateurs occasionnels (Keller *et al.*, 2003b). Dans tous les cas on observe une forte augmentation de la prévalence chez les femmes.

La forte prévalence chez les jeunes se double du fait que les jeunes commencent à fumer de plus en plus tôt. En France, par exemple, l'âge moyen d'initiation des jeunes qui avaient 18 ans en 2001 était de 13,7, sans qu'il n'y ait de différence selon le sexe, la consommation régulière débutant à l'âge de 15 ans (Beck, Legleye et Peretti-Watel, 2002). Cette évolution est d'autant plus préoccupante que l'âge d'initiation a un effet sur le passage à

une consommation forte et régulière: plus on commence à fumer tôt, et plus on devient fumeur régulier tôt, et plus on devient un gros fumeur (Beck *et al.*, 2002).

Malgré les efforts pour diminuer l'initiation, malgré le succès apparent de quelques programmes de prévention (USDHHS, 1991; OMS, 1997), et malgré le fait que le nombre de fumeurs qui arrêtent avoisine aujourd'hui 20 % de la population (*cf.* ISPA, 1997; MIPNSD, 1997), voire 25 % aux USA (*National Health Interview Surveys*), la tendance est loin d'être inversée avec de tels taux d'initiation, et la consommation de tabac reste un défi majeur pour les politiques de santé publique.

1.1.3 Attitude vis-à-vis de l'arrêt de la consommation

En ce qui concerne l'attitude vis-à-vis de l'arrêt de la consommation, les données dont on dispose ne s'avèrent pas concluantes, et de grandes variations existent selon les pays. En général, il appert qu'un certain nombre de fumeurs aimerait arrêter de fumer. Danzon (1992) rapportait que 46 % des fumeurs français désiraient arrêter totalement, et ils sont 58,7 % en 1999 (Oddoux *et al.*, 2000); 20,4 % de ceux qui déclarent souhaiter arrêter envisagent de le faire dans le mois à venir, 22,6 % dans les six prochains mois, 6 % dans l'année qui suit et 51 % dans un avenir indéterminé. L'envie d'arrêter se profile donc dans un avenir indéterminé (principalement pour ceux qui présentent des signes de dépendance), elle est plus grande chez les fumeurs réguliers que chez les occasionnels, et chez les gros fumeurs plutôt que chez les petits fumeurs (Oddoux *et al.*, 2000). En Suisse, une enquête de santé menée en 2002 montre qu'environ la moitié des fumeurs aimerait arrêter de fumer (OFSP, 2003). D'autres sources indiquent que presque 70 % des fumeurs ne pensent pas sérieusement arrêter de fumer dans les six prochains mois (Etter, Perneger et Ronchi, 1997; Keller *et al.*, 2003a).

Pour ce qui est des tentatives d'arrêt, bien qu'une bonne partie des fumeurs ait essayé d'arrêter de fumer au moins une fois, le taux d'échec, c'est-à-dire de récurrence, est très élevé. Les données

indiquent qu'entre 30 et 35 % des fumeurs réguliers français l'ont tenté une fois ou l'autre, sans cependant y parvenir (*cf.* Danzon, 1992; Oddoux *et al.*, 2000). En Suisse, les tentatives d'arrêt restent très peu fréquentes (Etter *et al.*, 1997). En 2002, un quart des fumeurs suisses dit avoir essayé d'arrêter sérieusement de fumer les 12 derniers mois (OFSP, 2003).

1.1.4 Entre réussite et échec

En résumé, et même si les données dont on dispose suggèrent des variations en fonction des populations, des échantillons examinés, du moment précis de l'enquête, et de la formulation des différentes questions, quelques certitudes peuvent être avancées :

- on doit d'abord constater le succès des campagnes au niveau des croyances et des attitudes;
- on a observé une diminution de la prévalence, qui reste relativement stable lors des dernières années;
- le taux de nouveaux fumeurs ne cesse de croître, et la proportion de fumeurs qui cessent de fumer n'augmente pas, ce qui dans le meilleur des cas renforcera la stabilité de la prévalence dans les prochaines années;
- le fumeur serait en général disposé à arrêter de fumer un jour ou l'autre, mais la plus grande partie des fumeurs n'a pas la ferme intention d'arrêter dans l'immédiat.

Au vu de la situation actuelle de la consommation de tabac, de l'importance sociale de la problématique, de l'ampleur et de la complexité du phénomène, un effort de compréhension doit prendre en compte un nombre élevé de facteurs et une multitude de travaux scientifiques, et toute analyse ne peut se faire que sous un angle relativement humble et restreint. Par exemple, la consommation de tabac a été expliquée en termes de facteurs de personnalité (Eysenck, 1980) comme la recherche de sensations (Zuckerman et Neeb, 1980), de renforcements positifs et négatifs (Solomon, 1980), de facteurs sociologiques tels que la structure ou le degré de conflit au sein du groupe familial (Lloyd

et Lucas, 1998) ou la déviance sociale (Hirschi, 1969), de l'habitude (Triandis, 1982), de facteurs génétiques (Boomsa, Koopmans, Van Doornen et Orlebeke, 1994), ou d'une interaction entre des facteurs sociaux, psychologiques et physiologiques liés à la dépendance de la nicotine (Schachter *et al.*, 1977).

La contribution de cet ouvrage n'est cependant pas d'examiner tous les éléments permettant une compréhension exhaustive du phénomène, mais plutôt d'apporter une réflexion, dans une perspective psychosociale, qui sera centrée sur les mécanismes engagés dans les efforts pour lutter contre le tabac. Deux questions s'avèrent fondamentales de ce point de vue : quels sont les principaux déterminants du comportement tabagique, et comment peut-on intervenir afin d'en diminuer la prévalence ? On postule bien évidemment que ces deux questions, ainsi que leurs réponses respectives, sont intrinsèquement liées.

Dans l'optique de réduire les risques pour la santé, et notamment de protéger les non-fumeurs de la fumée passive, la lutte contre le tabac a le double but persuasif de dissuader les gens, en particulier les jeunes, de commencer à fumer (*prévention primaire*), et de diminuer les dommages de la consommation en convaincant les fumeurs d'y renoncer (*prévention secondaire*). Le changement de ces comportements, comme d'autres liés à la santé, peut être abordé en fonction de deux types de stratégies (McGuire, 1984) qui ne sont bien sûr pas sans lien. La première implique des mesures d'action sur les structures sociales, par l'introduction de contraintes institutionnelles et juridiques telles que des mesures de réglementation ou d'interdiction. La seconde implique des interventions sur les individus eux-mêmes, par le biais d'influences exercées pour qu'ils deviennent responsables de leur santé et adoptent des styles de vie plus sûrs et plus sains. En accord avec cette distinction, il s'avère que les principales stratégies pour combattre les méfaits de la consommation de tabac ont été d'une part la réglementation du marché du tabac (prix, accessibilité, publicité, contrôle et identification du produit, information) et de la consommation (la création d'espaces sans

fumée) et, d'autre part, l'éducation et les campagnes d'information auprès de la population (Anderson et Hughes, 2000). Nous examinerons en détail ces deux types de mesures.

1.2 Les législations antitabac

Les premières mesures datent d'avant même les découvertes scientifiques sur les méfaits du tabac, certains états (comme les États-Unis, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, l'Italie ou l'Écosse) interdisant déjà la vente aux mineurs, ou la consommation dans des endroits publics en vue de prévenir les risques d'incendie (Roemer, 1993). C'est en 1965 que les États-Unis ont imposé l'introduction de mises en garde sur les paquets de cigarettes et dans la publicité pour le tabac, et en 1967 ils ont instauré ce que l'on connaît sous le nom de « contre-publicité » : pour chaque période de 5 minutes de publicité favorable au tabac, les compagnies devaient offrir une minute de publicité défavorable au tabac. Après quelques recommandations dans les années 70, les institutions de la santé ont recommandé des mesures concrètes pour freiner la consommation, et la plupart des pays européens ont introduit des mesures légales comme la régulation de la publicité, l'étiquetage des paquets, ou les limites dans la concentration de goudrons et de nicotine. En France par exemple, la loi Veil de 1976 et la loi Evin de 1991 ont imposé entre autres mesures la réglementation de l'information sur les paquets de cigarettes, de l'usage dans les lieux publics et de la publicité. Nous analyserons ici les effets de trois types de mesures : l'augmentation du prix de la cigarette, l'interdiction de fumer dans des endroits publics, et l'interdiction de la publicité pour le tabac.

1.2.1 Augmenter le prix de la cigarette

L'augmentation du prix du tabac s'appuie sur le principe économique d'élasticité selon lequel l'évolution de la consommation d'un produit est en rapport avec celle de son prix. La relation entre le prix du tabac et le taux de consommation est

stable et avérée : au fur et à mesure qu'augmente le prix des cigarettes, la consommation diminue (*cf.* Laugesen et Meads, 1991 ; Peterson, Zeger, Remington et Anderson, 1992 ; Townsend, 1996). Par exemple, il a été estimé qu'une augmentation (ou une diminution) de 10 % du prix du tabac se traduit par une diminution (ou une augmentation) des ventes de 4 % (Laugesen et Meads, 1991). Cette mesure est généralement considérée comme l'une des plus efficaces pour diminuer la consommation de tabac, et de nombreux pays se sont lancés dans la lutte antitabac en comptant sur son effet dissuasif. Un des dilemmes auquel ce principe confronte les pouvoirs publics est que si une forte augmentation du prix peut contribuer à une diminution de la consommation, elle conduit aussi à une diminution des recettes fiscales issues du commerce du tabac. Certains pays hésitent donc et se refusent à établir de trop fortes augmentations du prix de la cigarette pour éviter des répercussions excessives sur leurs revenus fiscaux⁴.

Néanmoins, cette approche n'est pas aussi simple. La diminution de la consommation due à une augmentation du prix s'avère moins efficace lorsque le salaire, le statut socio-économique ou l'âge du fumeur augmentent (Hirsch et Karsenty, 1992 ; Laugesen et Meads, 1991). Si un effet sur la diminution du nombre de cigarettes semble découler de cette stratégie, les études en question n'ont à notre connaissance pas démontré que le prix de la cigarette a un effet sur l'initiation ou sur l'arrêt de la consommation (*cf.* McGuire, 1984 ; Murphy, 1980). Si certaines études montrent qu'une grande majorité des jeunes non-fumeurs indiquent qu'ils ne fument pas parce que cela coûte cher (Keller *et al.*, 2003b), d'autres études montrent que parmi les raisons qui poussent à arrêter de fumer, le prix des cigarettes arrive en sixième place (après, entre autres, la conscience des conséquences du tabac et la peur de tomber malade, la naissance d'un enfant ou la

4. ... quand il ne s'agit pas d'éviter la grogne des buralistes. On ne peut pas en effet sous-estimer le nombre d'emplois que représente le marché du tabac.

mauvaise condition physique), et n'est évoqué que par 10,3 % des fumeurs (Oddoux *et al.*, 2000).

Par ailleurs, le principe d'élasticité n'est pas une notion médicale (Molimard, 1998), et une diminution de la vente des cigarettes n'est pas linéairement liée à un bénéfice pour la santé du fumeur. En effet, les aspects économiques ont une incidence surtout sur la modalité de consommation. Par exemple, en choisissant des marques moins chères, le fumeur peut s'adapter à une augmentation du prix sans pour autant diminuer son taux de consommation (*cf.* Falomir, 1998). Il faut aussi compter avec d'autres moyens dont le fumeur dispose pour extraire davantage de nicotine d'une même cigarette, qui peuvent s'avérer plus nocifs, comme le fait de prendre un plus grand nombre de bouffées, d'inhaler un volume plus important de fumée, d'enlever le filtre ou d'obturer avec les doigts ou les lèvres les orifices de ventilation des filtres. En effet, il a été observé que la taille des mégots laissés par les fumeurs est raccourcie dans les périodes de récession économique (Schulz et Seehofer, 1978), et le poids du tabac restant dans les mégots diminue à la suite de l'augmentation du prix de la cigarette (Molimard, Amrioui, Martin et Carles, 1994). À cela s'ajoutent l'augmentation de la proportion des cigarettes de contrebande qui fait suite aux augmentations du prix (Galbraith et Kaiserman, 1997; Kondro, 1994), ainsi que le fait que la hausse du prix concerne plus particulièrement les fumeurs à revenus plus modestes et constitue un facteur d'exclusion sociale (*cf.* Molimard, 1999).

1.2.2 Restreindre l'opportunité de fumer

Principalement mise en place pour la protection des non-fumeurs, une manière de diminuer les nuisances du tabagisme consiste à restreindre l'opportunité de consommation, par exemple via l'instauration d'espaces fumeurs restreints. Pour illustrer l'évolution de la lutte antitabac à ce sujet, citons par exemple une étude récente qui compare les environnements non-fumeurs existant en 1999 en Californie (USA) à ceux qui existaient en 1990

(Gilpin, Farkas, Emery, Ake et Pierce, 2002). Le nombre de personnes travaillant à l'intérieur qui indiquent avoir un environnement de travail sans fumée est passé de 35 % en 1990 à 93,4 % en 1999, et l'exposition à la fumée passive dans des lieux de travail à l'intérieur a diminué de 29 % en 1990 à 15,6 % en 1999. Le nombre d'adultes qui vivent dans des foyers sans fumée est passé de 37,6 % en 1992 à 73,7 % en 1999 (respectivement 38 % et 82,2 % des adolescents). Bien que ces chiffres ne concernent pas les pays européens, ils mettent en évidence le basculement vers une société sans tabac et sans fumée, qui résulte bien sûr de la diminution du nombre de fumeurs, mais aussi de la création d'environnements protégés sans fumée.

Globalement, ces mesures induiraient les effets positifs attendus, à savoir une diminution du nombre de cigarettes fumées (Borland, Chapman, Owen et Hill, 2002; Brenner et Fleischle, 1994; Brigham, Gross, Stitzer et Felch, 1994) et partant, une amélioration des conditions de travail pour les non-fumeurs. Cependant, là aussi, les résultats sont mitigés. Si certaines études ont montré que la restriction de consommation dans les environnements professionnels augmente le nombre de fumeurs qui ont arrêté de fumer (Longo *et al.*, 1996), d'autres concluent qu'une telle mesure ne diminue pas significativement le nombre de fumeurs ou le taux de consommation (Laugesen, Meads et Scott, 1992), bien que les tentatives de sevrage semblent augmenter (Etter, Ronchi et Perneger, 1999). Ces mesures pourraient aussi avoir des effets secondaires, le nombre inférieur de cigarettes fumées sur le lieu de travail étant compensé par l'importance de l'inhalation ou par l'augmentation de la fréquence des bouffées (Benowitz, Jacob, Kozlowski et Yu, 1986), et accroîtraient la probabilité de consommation hors du lieu de travail. Des effets secondaires se retrouvent aussi au niveau psychologique, avec une augmentation de la difficulté de concentration, une diminution de la productivité ou une altération de la qualité des rapports avec les collègues (*cf.* Brigham *et al.*, 1994). Les limites de ces mesures s'avéreraient particulièrement apparentes chez les fumeurs montrant de forts besoins de fumer. Finalement, et dans

certains contextes, la question se pose aussi en ce qui concerne le respect de ce type de mesures. Ainsi, le pourcentage de fumeurs qui reconnaissent fumer dans des espaces où fumer n'est pas permis augmente lors d'une campagne introduisant des espaces fumeurs et non fumeurs dans un lieu public (Etter *et al.*, 1999).

Une autre dimension importante de restriction de la consommation est l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs. Une telle interdiction, comme celle de la consommation dans certains lieux publics afin de prévenir les incendies, était déjà appliquée dans un bon nombre d'états (Roemer, 1993). Cette mesure paraît s'avérer efficace pour réduire le nombre de mineurs qui deviennent fumeurs (Reid, McNeill et Glynn, 1995). Le bien fondé d'une telle mesure semble couler de source, d'autant que la protection des mineurs constitue un aspect fondamental dans notre société.

1.2.3 Interdire la publicité

Il est évidemment difficile d'estimer le véritable impact d'une campagne publicitaire et de le départager d'autres influences cooccurrentes, d'autant que l'influence de la publicité est souvent inconsciente (*cf.* Kapferer, 1990), et que personne n'apprécie particulièrement de reconnaître avoir été influencé (*cf.* Brehm, 1966; Petty, Wegener, et White, 1998). On envisage d'ailleurs plus facilement son influence chez autrui que chez soi-même, dynamique connue sous le nom d'effet tierce personne (*cf.* Davidson, 1983; Lord, Lepper et Ross, 1979). En dépit de ces difficultés, on considère souvent que les attitudes face au tabac sont en grande mesure déterminées par la publicité. En partant du principe que la publicité aurait un impact sur les adolescents en s'appuyant principalement sur l'aspect normatif et socialement attrayant de la consommation, la lutte antitabac s'est alors fortement investie dans l'introduction de mesures d'interdiction de la publicité favorable au tabac (Roemer, 1993).

Le bilan des études analysant l'effet de la publicité, notamment à partir de l'effet des différentes interdictions introduites dans différents pays, indique que celle-ci a un impact sur les

intentions de consommer et sur la consommation effective de cigarettes (Leaney, 1992 ; USDHHS, 1994). En général, il est admis que la publicité a un impact sur l'initiation à la consommation et sur son maintien (cf. Laugesen et Meads, 1991 ; Laugesen *et al.*, 1992 ; Pierce, Choi, Gilpin, Farkas et Berry, 1998). Par exemple, une étude récente a montré que la publicité pour la cigarette est remarquée par une majorité (68 %) des enfants de 11 à 12 ans, qui sont déjà capables de reconnaître une marque de cigarettes à partir de son logotype (Abelin, Camenzind, Näpflin-Weekes et Junker, 2000). Néanmoins, une revue exhaustive de plusieurs études nationales et internationales montre que cette conclusion n'est pas sans équivoque, d'autres études concluant que la publicité n'a pas d'effet sur la consommation (cf. Leaney, 1992 ; Hirsch et Karsenty, 1992).

Malgré les quelques limitations signalées, les mesures structurelles contre la consommation de tabac apparaissent donc en termes généraux plutôt efficaces, du moins en ce qui concerne la diminution du taux de consommation. La question de savoir si elles constituent un moyen efficace pour diminuer le nombre de fumeurs reste cependant pendante, du moins en ce qui concerne la restriction du comportement et l'augmentation du prix. On retiendra avant tout de cette analyse que ces mesures reflètent l'attitude de la société vis-à-vis de la consommation de tabac, en inscrivant la lutte antitabac dans les lois rendant juridiquement illégitime la position protabac. Les mesures de contrainte ont aussi pour effet d'instaurer une norme sociale contraire à la consommation de tabac, ce qui peut avoir un impact sur la décision de fumer (cf. Anderson et Hughes, 2000).

Néanmoins, l'utilisation de ce type de mesures peut présenter quelques limitations importantes. Outre le traitement inégal des individus (par exemple selon leur statut économique), et le fait qu'elles affecteraient le taux de consommation plus que sa prévalence, ces mesures ont la particularité d'agir comme un renforcement externe. Or, un renforcement externe a souvent un impact négatif sur les motivations internes de l'individu, et

parfois sur son comportement (Lepper et Greene, 1978), l'individu ne s'abstenant d'un comportement que sous condition de forte contrainte. Le contexte social ambivalent défini plus haut n'est sans doute pas très favorable à l'efficacité de ce genre de mesures, puisqu'il stigmatise le tabagisme tout en le tolérant. Finalement, les mesures de réglementation, voire d'interdiction, peuvent s'avérer paradoxales du fait qu'elles signalent implicitement la limite ou la barrière à partir de laquelle il est permis de fumer, et peuvent rendre le comportement prohibé (ou uniquement permis aux adultes et aux gens aisés) plus attractif aux yeux des jeunes.

1.3 Les campagnes d'information

Le deuxième type de mesures pour lutter contre la consommation de tabac a consisté à mettre en place des campagnes de prévention visant principalement à informer les gens des méfaits de la fumée pour la santé, à instaurer une opinion publique et un *Zeitgeist* défavorables à la consommation de tabac, et à inciter les gens à ne pas fumer. Trois principes essentiels sous-tendent ces campagnes. Le premier s'appuie sur la croyance que si les gens apprennent que fumer nuit à leur santé, ils ne vont pas se mettre à fumer, ou vont s'en abstenir. Cette approche considère implicitement que les gens fument, du moins dans une première étape, à cause d'une méconnaissance des conséquences de cette pratique, et que les en rendre conscients devrait produire les effets attendus sur le comportement. Un deuxième principe stipule que si les gens fument, c'est à cause de l'influence des proches et des normes sociales (par exemple, une opinion publique favorable), ce qui constituerait un facteur d'incitation à l'initiation et au maintien de la consommation. Les programmes de prévention ont alors pour fonction de contrecarrer ces influences, en changeant les représentations concernant le soutien social à la consommation, et en immunisant les gens face aux incitations. Finalement, partant des découvertes scientifiques concernant la

dépendance physiologique et psychologique que crée la nicotine, un troisième facteur essentiel dans les campagnes de prévention a été de prendre en compte les difficultés de s'arrêter de fumer, et de proposer une aide au sevrage.

1.3.1 *Les croyances comme déterminants du comportement*

Le premier principe psychologique sur lequel reposent les campagnes de prévention antitabac, et d'ailleurs les campagnes de prévention en général, est que le manque d'information concernant les méfaits de fumer constitue un facteur déterminant, et que l'information à ce propos devrait amener les gens à ne pas fumer. Les deux modèles théoriques les plus importants qui étayaient un tel argument sont le *modèle des croyances sur la santé* et le *modèle de l'utilité subjective attendue*. L'impact des croyances sur le comportement a été aussi souvent étudié en rapport avec une composante émotionnelle issue de la peur associée aux conséquences négatives de la réalisation d'un comportement (*modèle de l'appel à la peur*). Examinons ces trois perspectives théoriques.

Le modèle des croyances sur la santé. Ce modèle (Becker, 1985; Hochbaum, 1954; Janz et Becker, 1984; Rosenstock, 1974) constitue sans doute un des modèles les plus connus dans le domaine de la prévention. Il considère les facteurs ou contenus importants à prendre en compte lors de la construction de messages persuasifs liés à la santé. Trois croyances contribuent particulièrement à une amélioration de la santé: la susceptibilité personnelle à la maladie (c'est-à-dire aux conséquences négatives d'un comportement), la possibilité que la maladie soit présente sans qu'on en soit conscient, et l'idée qu'un diagnostic précoce peut amener à une amélioration de la santé. En ce qui concerne l'effet d'un comportement sur la santé, ce modèle classe les croyances selon qu'elles se réfèrent à la *susceptibilité* ou *vulnérabilité* à contracter une maladie (l'individu perçoit le risque de contracter personnellement la maladie), à la *sévérité* de telles conséquences (gravité des conséquences de la maladie), et à

L'*efficacité* du comportement pour éviter la maladie (bénéfices relatifs d'arrêter de fumer par rapport aux coûts du sevrage). En général, une fonction additive de ces facteurs s'est avérée pertinente pour prédire les comportements préventifs (Janz et Becker, 1984 ; Stroebe et Stroebe, 1995).

Le modèle de l'utilité subjective attendue. La question du lien entre les croyances relatives à un comportement et sa réalisation a été abordée dans une ligne de recherche très productive dans la compréhension des raisons pour lesquelles les gens réalisent certains comportements (par exemple, pourquoi ils fument et pourquoi ils arrêteraient). Elle s'inspire d'une conception économique de l'individu selon laquelle celui-ci est motivé à maximiser le bénéfice qu'il obtient pour lui (von Neuman et Morgenstern, 1944). Ce modèle prédit le comportement à partir de la fonction additive des probabilités d'occurrence des conséquences de la réalisation du comportement en question (par exemple, des conséquences de fumer ou de ne pas fumer) pondérées (fonction multiplicative) par l'évaluation (positive ou négative) que l'individu fait de chacune de ces conséquences. Plusieurs études ont montré l'efficacité de ce modèle pour prédire le comportement tabagique (cf. Mausner et Platt, 1971 ; Sutton et Eiser, 1984). Il en découle en particulier que plus l'utilité subjective de fumer est négative, et moins l'individu fumera, et que corollairement, plus l'utilité subjective d'arrêter de fumer est positive, plus le fumeur arrêtera.

Plusieurs modèles visant à expliquer les comportements liés à la santé se sont inspirés de ce principe, le plus réputé étant le *modèle de l'action raisonnée* (cf. Ajzen et Fishbein, 1980). Il stipule que la réalisation d'un comportement est prédite par l'intention de l'individu de le réaliser. L'intention d'agir est à son tour prédite par l'attitude envers le comportement (mesurée par l'utilité subjective attendue quant à l'occurrence des conséquences), et par les normes sociales agissant dans un contexte social donné (l'influence sociale ; voir 1.3.2). De nombreuses études ont montré l'efficacité de ce modèle pour prédire des comportements (Eagly

et Chaiken, 1993), et spécifiquement le comportement tabagique (cf. Fishbein, 1982).

Le modèle de l'appel à la peur. Afin de rendre ces croyances plus prédictives du changement de comportement, les campagnes de santé en général se sont aussi inspirées des modèles de l'appel à la peur (cf. Janis et Feshbach, 1953 ; Leventhal, 1970 ; Witte, 1992), qui visent à intensifier la composante motivationnelle à éviter la menace issue de la perception des conséquences négatives associées à la réalisation d'un comportement. Le postulat de ces modèles est que la menace associée à la perception d'un danger active une émotion négative, celle de peur, qui est caractérisée par des composantes physiologiques telles que l'éveil, la tension ou l'augmentation du rythme cardiaque (Witte, 1992). La peur peut être associée autant à une menace de l'intégrité physique de l'individu que de son acceptation sociale (par exemple, la peur associée au rejet social ; cf. Laroche, Toffoli, Zhang et Pons, 2001). Les études réalisées montrent en général une relation linéaire et positive entre l'activation de la peur ressentie suite à la perception d'un danger et l'adoption d'un comportement de prévention : une augmentation de la peur augmente l'adoption du comportement de prévention (cf. Girandola, 2000). En ce qui concerne la consommation de tabac, la peur associée aux conséquences négatives de fumer amène à ne pas fumer. Cet effet de la peur est souvent expliqué par la médiation de processus cognitifs, en l'occurrence des croyances concernant la sévérité de la menace et la vulnérabilité face à elle (Rogers, 1983), quoique d'autres études aient montré que la peur a un effet sur les intentions qui se révèle indépendant des processus cognitifs (Sutton et Eiser, 1984).

À nouveau cependant, certains travaux ont mis en évidence un effet pervers. En effet, une augmentation de la peur peut amener à une diminution de l'adoption du comportement de prévention (Janis et Feshbach, 1953). Cette relation inverse a été davantage observée parmi des populations pour lesquelles la menace était particulièrement saillante (en particulier chez des fumeurs plutôt que des non-fumeurs ; Berkowitz et Cottingham,

1960; Insko, Arkoff et Insko, 1965; Leventhal et Watts, 1966). La première explication consiste à considérer qu'il y aurait un *effet facilitateur* de la peur et un *effet de résistance*. Lorsque la peur est faible ou modérée, elle motiverait l'adoption du comportement de prévention du fait que celui-ci permettrait de réduire la peur. Le comportement ne serait par contre pas adopté lorsque la peur est plus forte, du fait qu'il ne suffirait pas à réduire la peur (relation curvilinéaire en 'U' inversée). Néanmoins, les études ne confirment en général pas cette explication en termes de réduction de la peur (Girandola, 2000; Witte, 1992).

En résumé, et en accord avec les postulats des modèles décrits précédemment, de nombreuses études ont donné un support empirique au postulat selon lequel les croyances sur les conséquences du tabagisme prédisent le comportement. Ainsi, la croyance dans les conséquences positives de fumer (par exemple le plaisir) et la méconnaissance des conséquences négatives augmentent le comportement tabagique, alors que la conscience des méfaits pour la santé constitue l'une des principales sources de motivation pour arrêter de fumer. En accord avec ce résultat, il a été observé que la perception des risques pour la santé est positivement associée à l'intention d'arrêter de fumer (Prochaska, DiClemente, Velicer, Ginpil et Norcross, 1985), à la probabilité de faire un premier essai pour arrêter de fumer (Ho, 1989), à l'adhésion à un groupe pour arrêter de fumer (Bonney-McCoy *et al.*, 1992), et à la fréquence des tentatives d'arrêter de fumer (Mullen, Hersey et Iverson, 1987). De même, un plus grand bénéfice perçu dans l'arrêt de la consommation est associé à une plus grande intention d'arrêter de fumer (Sutton, 1987). Il s'avère aussi que les croyances ne concernent pas uniquement les bénéfices ou les méfaits pour la santé, mais aussi d'autres domaines tels que l'approbation sociale (Laroche *et al.*, 2001) ou le contrôle du poids corporel (Klesges, Meyers, Klesges et La Vasque, 1989).

Néanmoins, d'autres études concluent de manière plus mitigée. En effet, il semble que la perception des risques associés à la consommation de tabac ne soit que faiblement associée à la

perception qu'arrêter réduira les risques (Lyna, McBride, Samsa et Pollak, 2002). Par ailleurs, la déconnexion existant entre la prise de conscience des risques et le maintien de l'habitude comportementale paraît avérée et acceptée (Chassin, Presson et Sherman, 1990; Slama, Karsenty et Hirsch, 1992; Leventhal et Cleary, 1980). De fait, on a observé une relation faible sinon nulle entre la connaissance que l'on a d'un objet, et notamment la mémoire que l'on a de l'information qui lui est associée, et le changement d'attitude à son égard (cf. Petty, Ostrom et Brock, 1981). Si les croyances sur les conséquences de la fumée paraissent prédire de manière générale le comportement tabagique, il y a donc maintes raisons pour penser que ce lien n'est pas toujours présent, et qu'il est nécessaire d'examiner d'autres facteurs en vue de mieux comprendre et prédire l'initiation et l'arrêt de la consommation de tabac.

1.3.2 Les processus d'influence sociale comme déterminants de la consommation de tabac

L'influence sociale est considérée comme un déterminant direct de l'expérimentation et de l'initiation à la cigarette. La théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977) analyse l'importance des modèles sociaux dans la réalisation d'un comportement. Elle postule l'observation et l'imitation d'autrui, l'identification à ceux-ci et le renforcement social comme les mécanismes engageant l'individu dans un comportement. D'autres théories (cf. Deutsch et Gerard, 1955) sont fondées sur les notions de dépendance normative, la motivation d'être accepté et positivement évalué par les autres, et de dépendance informationnelle, qui concerne la motivation à penser ou à faire ce que les autres pensent ou font, la convergence constituant un gage de validité sociale (voir aussi Festinger, 1950, 1954). Par ailleurs, la consommation de tabac n'est pas seulement la conséquence d'un processus d'influence de la part des autres. Elle doit aussi être considérée comme la source d'une telle influence et un stimulant pour la formation des groupes, puisque le fait de fumer sert aussi de critère pour choisir avec qui on entre et on reste en rela-

tion (Friedman, Lichtenstein et Biglan, 1985; Mosbach et Leventhal, 1988). Par exemple, l'adolescent est motivé à trouver des amis qui réalisent le même comportement que lui (Eiser, Morgan, Gammage, Brooks et Kirby, 1991; Ennet et Bauman, 1994). On peut en fait dégager une grande variété d'influences sociales (*cf.* Graham, Marks et Hansen, 1991).

Pression sociale active. Une pression sociale active à la consommation prend la forme d'offres explicites pour essayer la cigarette. Elle est considérée comme le facteur principal des premières expérimentations avec la cigarette, et contribue à l'explication de l'initiation à la consommation. Des études ont montré qu'un manque général d'aptitudes sociales, comme celle de rejeter de manière assertive les propositions de consommation, prédit une plus grande adoption de comportements à risque, y compris la consommation de tabac (Reardon, Sussman et Flay, 1989; Wills, Baker et Botvin, 1989).

Pression sociale passive. Pour ce qui est de la pression passive, l'individu ne réagit pas aux offres directes, mais à ses observations et à ses estimations. Elle constitue un facteur d'influence dans la mesure où le comportement des autres devient un indice de ce qui est socialement valide, de ce qu'il faut faire (voir par exemple la notion d'influence informationnelle de Deutsch et Gérard, 1955).

Un premier exemple de ce type d'influence provient des études corrélationnelles qui ont montré que la consommation de cigarettes chez les adolescents, ou la motivation à le faire dans le futur, est liée à l'estimation de cette consommation chez leurs amis (Chassin *et al.*, 1981; Eiser *et al.*, 1991), à la consommation de cigarettes indiquée par les amis eux-mêmes (*cf.* Eiser et van der Pligt, 1984), à la consommation des parents (*cf.* Keller *et al.*, 2003b), à l'attitude des parents envers la consommation (*cf.* Eiser, Morgan, Gammage et Gray, 1989), ou encore à la consommation dans la fratrie (*cf.* Keller *et al.*, 2003b). Il a été aussi montré que l'influence des amis qu'on souhaite avoir est supérieure à celle des amis actuels (Aloise-Young, Graham et Hansen, 1994), et que celle des

pairs serait plus importante que celle des parents (Bauman, Carver et Gleiter, 2001 ; Hu, Flay, Hedeker, Siddiqui et Day, 1995). Finalement, et de manière plus générale, on a observé une influence de la publicité du tabac (*cf. supra*), des acteurs de cinéma (*cf. Dalton et al.*, 2003 ; Pechmann, & Shih, 1999) et des *top models* (Amos, Bostock et Bostock, 1998).

Un deuxième exemple est donné par le phénomène de la *surestimation du nombre de fumeurs*, en un effet qualifié de faux consensus (*cf. Ross, Greene et House, 1977*). La pression passive agit ici sous forme d'une estimation erronée de l'ampleur de la consommation du tabac dans la société, et plus particulièrement dans un groupe de référence. Ainsi, la consommation de cigarettes et l'intention future de fumer chez les adolescents sont associées à une surestimation du nombre d'adolescents qui fument (*cf. Sherman, Presson, Chassin, Corty et Olshavsky, 1983*).

Finalement, les dynamiques d'influence sociale sous-jacentes à l'initiation et au maintien de la consommation peuvent aussi jouer un rôle en introduisant une résistance à l'arrêt de la consommation. Par exemple, le changement dans le réseau social d'un individu (comme la diminution d'amies et amis qui fument, ou une liaison intime avec un non-fumeur) constitue un prédicteur de l'arrêt de la consommation plus important que certains facteurs psychologiques (comme un état dépressif récent) ou que l'adoption de rôles adultes (se marier, cohabiter, devenir père ou mère, obtenir un emploi ; *cf. Chen, White et Pandina, 2001*). En général, l'influence des autres, et principalement des amis, peut être considérée comme un effet de support social : l'attitude et le comportement d'autrui de référence permettent de valider subjectivement l'attitude propre, ce qui s'avère constituer un mécanisme de résistance au changement. Ainsi, lorsque l'appartenance au groupe et ses normes sont rendues saillantes, la résistance au changement est renforcée (Festinger, 1950 ; Kelley, 1958). L'existence de support social, voire même simplement sa recherche, peuvent constituer autant de facteurs de résistance à l'influence des campagnes antitabac, tout particulièrement chez

les fumeurs pour qui les enjeux identitaires sont particulièrement marqués, ou lors de tentatives d'influence particulièrement menaçantes.

L'importance des processus d'influence sociale a donc amené à la prise en considération des *normes sociales* en tant que facteurs prédictifs du comportement. Par exemple, la théorie de l'action raisonnée considère que l'intention de réaliser un comportement est prédite autant par l'attitude que par la perception subjective de la norme sociale, conçue en l'occurrence en termes de croyances que l'individu développe à propos de la norme prévalant chez les individus ou les groupes qui sont pour lui pertinents (par exemple, fréquence de consommation et attitude de groupes ou d'individus de référence). En s'appuyant sur le modèle de l'utilité subjective attendue, les influences interpersonnelles sont théorisées comme relevant de la perception de ce que des autrui proches ou importants pour un individu considèrent comme adéquat ou non.

1.3.3 La perception de contrôle du comportement

Malgré l'importance des composantes attitudinale (croyances sur les méfaits) et normative (influence des autres), certaines limitations dans l'explication du comportement tabagique ont amené les chercheurs à compléter les modèles existants en prenant en compte la perception que le fumeur a de sa capacité d'arrêter de fumer. Cette dimension est proche de la notion d'auto-efficacité proposée par Bandura (1997), qui, directement et en interaction avec d'autres facteurs sociocognitifs, s'avère un déterminant puissant des processus d'adaptation et de changement du comportement humain. Elle est en rapport avec l'idée que les comportements sont aussi prédits par une composante de dépendance, d'automatisme, d'habitude ou de répétition (*cf.* Fazio, 1990; Triandis, 1980), et qu'ils échappent alors au contrôle des individus, c'est-à-dire aux déterminismes cognitif et normatif examinés antérieurement.

En ce qui concerne la consommation de tabac, plusieurs études ont confirmé l'importance de l'auto-efficacité perçue pour expliquer l'arrêt ou la rechute dans la consommation de tabac (cf. Eiser, van der Pligt, Martin et Sutton, 1985) : plus le fumeur croit à ses capacités d'arrêter de fumer et de ne pas rechuter, plus il aura l'intention d'arrêter et tentera de le faire. Par exemple, les fumeurs qui arrêtent présentent une plus grande attente de succès, ainsi qu'un moindre niveau d'addiction autodéclaré (Eiser *et al.*, 1985). En conséquence, nous allons examiner ici comment, pour prédire de manière plus efficace le comportement, la perception de son contrôle a été introduite dans les modèles concernant les croyances et l'appel à la peur (voir 1.3.1). Nous examinerons ensuite les modèles du changement par étapes, qui constituent une intégration de ces modèles.

Le modèle de l'action planifiée. Celui-ci (cf. Ajzen, 1991) constitue un prolongement du modèle de l'action raisonnée, auquel les auteurs ont ajouté la perception de contrôle. Celle-ci est considérée en termes du degré de facilité à réaliser un comportement. Bien que les jugements sur la difficulté perçue dans la réalisation d'un comportement puissent s'avérer indépendants des jugements d'auto-efficacité, car les premiers concernent principalement la tâche et les seconds la capacité personnelle, ces deux dimensions se sont avérées constituer un unique facteur (Dzewaltowski, 1989). Plusieurs études ont confirmé que la perception de contrôle augmente le pouvoir prédictif des modèles basés sur des composantes attitudinales et normatives (Ajzen et Madden, 1986; Babrow, Black et Tiffany, 1990).

Le modèle de la motivation à la protection. Ce modèle (Rogers, 1983) constitue un prolongement du modèle des croyances sur la santé. Il ajoute aux croyances concernant la menace (vulnérabilité et sévérité) et l'efficacité des recommandations celles concernant la capacité perçue par l'individu de mener à terme les recommandations (auto-efficacité). Il est considéré que toutes ces croyances déterminent la motivation de l'individu à la protection, qui constitue un indice d'intention comportementale, et

stimule la recherche d'un comportement de santé (c'est-à-dire un comportement adapté à la menace). Si l'évaluation de la menace est élevée et celle de l'efficacité (de soi et des recommandations) est aussi élevée, la théorie prédit que l'individu s'engagera dans un comportement de protection. Par contre, si la menace est forte mais que l'efficacité est basse, l'individu n'aura pas cette motivation. Le modèle a encore été complété par deux facteurs complémentaires : le coût de la mise œuvre des recommandations proposées (par exemple, la souffrance associée à l'arrêt de la consommation) et les récompenses intrinsèques et extrinsèques associées au comportement menaçant (par exemple, le plaisir intrinsèque de fumer et la bonne image que fumer procure en termes de sociabilité). Ce modèle s'est montré efficace pour prédire bon nombre de comportements de protection (cf. Eagly et Chaiken, 1993, et Girandola, 2000), y compris le comportement tabagique (Greening, 1997 ; Rogers et Prentice-Dunn, 1997).

Les modèles des processus parallèles. Certaines études ont montré que l'augmentation de la peur augmentait l'adoption du comportement de prévention spécifiquement lorsque la situation facilite sa mise œuvre, par exemple lorsqu'elle fournit des instructions ou des recommandations (cf. Leventhal, Watts et Pagano, 1967). En fonction de ces résultats, et comme complément aux modèles classiques d'appel à la peur, Leventhal (1970) propose un *modèle de processus parallèles* : le contrôle du danger et le contrôle de la peur. Le contrôle du danger est un processus cognitif par lequel l'individu se fait une représentation du danger et émet en conséquence une série de réponses de protection. Le contrôle de la peur est un processus émotionnel basé sur des réponses visant à réduire le sentiment désagréable, telles que le déni, la minimisation ou l'évitement de la menace. Ce modèle diffère de celui de Janis et collaborateurs dans le fait que l'adoption du comportement de prévention n'est pas ici médiatisée par l'éveil de la peur, mais par un contrôle du danger. En se basant sur les modèles proposés par Leventhal (1970) et par Rogers (1983), Witte (1992) propose un *modèle étendu des processus parallèles* dans lequel

l'individu ferait un bilan entre l'évaluation des facteurs d'efficacité (de la recommandation et de l'auto-efficacité) et l'évaluation des facteurs de menace (sévérité et vulnérabilité). Si l'efficacité est plus importante que la menace, le processus de contrôle du danger primerait sur le processus de contrôle de la peur, et l'individu serait motivé à adopter le comportement de protection. Si, par contre, la menace l'emporte sur l'efficacité, le contrôle de la peur primerait, et l'individu serait motivé à la défense. Les réponses alors activées amèneraient à l'adoption d'un comportement inadapté face à la menace (rejet de la recommandation, déni, réactance ou dévalorisation de la crédibilité de la source).

Les modèles en étapes. Des travaux récents ont aussi montré que diverses variables ont un poids différencié selon le stade auquel se trouve l'individu lors de son parcours vers l'arrêt (*cf.* Keller, 1999), ce qui suggère l'importance des modèles de changement par étapes. L'intégration des facteurs déterminant l'attitude (par exemple, le bilan entre les croyances favorables et défavorables à la consommation), du contexte normatif, ainsi que de l'auto-efficacité perçue dans la mise en place du comportement, a débouché sur des modèles qui conçoivent un rôle différent de ces facteurs selon l'évolution de la consommation, de la période d'expérimentation précédant l'initiation à la consommation régulière, jusqu'à l'arrêt définitif. Par exemple, Hirschman, Leventhal et Glynn (1984) distinguent trois étapes à travers lesquelles on devient fumeur régulier: une étape préparatoire, une étape expérimentale, et une étape de consommation régulière. Les attitudes sont particulièrement importantes dans la première.

Mais le modèle en étapes le plus important est celui développé par Prochaska et DiClemente (1983; voir aussi Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). Il considère que cinq grands stades rendent compte du parcours du fumeur vers l'arrêt: la précontemplation ou indétermination (le fumeur n'a pas l'intention d'arrêter de fumer prochainement, du moins pas avant 6 mois), la contemplation ou intention (intention d'arrêter dans les 6 prochains mois), la préparation (l'intention d'arrêter sérieuse-

ment de fumer dans les prochains 30 jours), l'action (essai d'arrêt) et le maintien ou la consolidation (lorsque le fumeur a arrêté de fumer depuis au moins 6 mois). À chaque étape correspondent des processus particuliers, les processus cognitifs (prise d'informations, réévaluation) étant plus importants lors des premières étapes, les processus comportementaux (contre-conditionnement, gestion du renforcement), l'étant lors des dernières étapes. Pour sa part, l'auto-efficacité perçue d'arrêter de fumer s'avère moins importante dans les premières étapes et plus forte dans les dernières. Ce modèle intégré permet d'améliorer la compréhension et le repérage du stade auquel se trouve un fumeur, et représente un outil important de diagnostic des besoins spécifiques à chaque stade, ainsi que pour l'adaptation d'une campagne antitabac à une population de fumeurs présentant des caractéristiques spécifiques (*cf.* De Vries et Mudde, 1998).

Loin d'avoir été systématiques ou exhaustifs dans cette section, nous avons examiné les principaux facteurs prédictifs de l'initiation et du maintien de la consommation tabagique (les croyances sur les conséquences, les processus d'influence sociale et le sentiment d'auto-efficacité). La section suivante examinera comment les campagnes antitabac se sont inspirées de ces déterminants pour améliorer leur impact sur le comportement tabagique.

1.3.4 La logique des campagnes antitabac

Dans la logique des travaux passés en revue dans ce chapitre, la lutte antitabac devrait rendre saillants les méfaits pour la santé et diminuer la perception des bénéfices liés à la consommation de tabac, contourner les processus d'influence sociale, et faciliter l'arrêt de la consommation (ou du moins le rendre plus accessible aux yeux des fumeurs). Malgré la nature différente de ces approches, l'élément commun revient à changer les croyances que les gens, et en particulier les fumeurs, développent à propos de ces facteurs. Pour ce faire, on s'est largement inspiré des modèles du changement d'attitude et du traitement de l'information (*cf.*

Maibach et Parrott, 1995 ; McGuire, 1989 ; Petty, Baker et Gleicher, 1991). Ceux-ci abordent les dynamiques de changement d'attitude en termes des facteurs qui ont une incidence sur le type de traitement de l'information effectué par le récepteur d'un message persuasif, par exemple en augmentant le degré d'implication de l'individu et sa motivation à traiter les informations persuasives.

Dans ces modèles, on présuppose que pour avoir un impact sur le comportement d'un individu, la campagne doit être efficace lors de six étapes : il faut que l'individu soit exposé à l'information en question, qu'il lui prête une certaine attention, qu'il retienne l'information en mémoire, qu'il l'interprète ou lui donne un sens au niveau de ses propres croyances et réponses cognitives et affectives, qu'il intègre ces réponses dans une évaluation générale et, finalement, que cette évaluation guide son action. Pour rendre plus crédibles ces informations, ainsi que dans le but d'augmenter la peur face aux méfaits de la consommation, les campagnes antitabac ont le plus souvent présenté l'information persuasive dans un style rigoureux, scientifique, et l'ont associée à des sources de haut statut (des experts dans le domaine de la santé tels que médecins, chercheurs, instituts de santé). Néanmoins, étant donné que les chances de réussir à chacune de ces 6 étapes sont dans le meilleur des cas de l'ordre de 60 %, les probabilités d'avoir une influence sur le comportement se limiteraient en fin de comptes à 5 % (McGuire, 1989).

Dans un premier stade, les campagnes se sont centrées sur le changement des croyances sur les conséquences physiques pour la santé du fait de fumer, dans l'espoir qu'une acceptation de ces croyances amènerait au rejet d'un tel comportement. Un bilan de ces campagnes n'est pas aisé à établir, d'autant que bien souvent elles n'ont pas bénéficié d'une évaluation rigoureuse. Néanmoins, les données dont on dispose suggèrent que ces campagnes ont eu un succès quant au changement dans les connaissances et attitudes des populations ciblées, alors que leur bilan est beaucoup plus modeste en ce qui concerne le compor-

tement (Goldman et Glantz, 1998; McKenna et Williams, 1993; Pechmann, 1997; Reid, 1996; Thompson, 1978). Ces limitations valent aussi pour ce qui est des campagnes de prévention de la consommation d'autres drogues, seules les attitudes étant efficacement changées par les programmes et campagnes publicitaires (*cf.* Black, 1991).

Si les connaissances des méfaits pour la santé (et plus particulièrement la sévérité des risques associés au comportement et la vulnérabilité perçus) s'avèrent des facteurs prédictifs de la consommation de tabac, leur portée explicative reste néanmoins restreinte. En l'occurrence, les modèles de la persuasion, qui théorisent l'impact sur le comportement à partir du changement d'attitude issu du traitement cognitif de l'information, apparaissent particulièrement limités lorsqu'ils sont appliqués au domaine de la santé (*cf.* Manetti et Pierro, 1999). Un des grands défis de ces campagnes reste celui de convaincre le fumeur qu'il est personnellement vulnérable aux maladies liées à la consommation (Bowen et Grunberg, 1987; Glynn, Leventhal et Hirschman, 1985). En effet, si les fumeurs considèrent en général courir plus de risques de contracter un cancer du poumon que les non-fumeurs, ils continuent de fumer parce qu'ils ne croient pas que ce risque les concerne personnellement, du moins dans un futur immédiat, en un effet d'optimisme comparatif (*cf.* Myers et Frost, 2002). Bien que l'absence de lien entre l'attitude et le comportement puisse aussi être expliquée, par exemple, par le manque de cohérence ou de pertinence des croyances dont on dispose par rapport à l'attitude (Ajzen, 1988; Petty *et al.*, 1991), deux autres facteurs ont été considérés: l'existence de normes agissant à l'encontre de l'attitude, et l'impossibilité, réelle ou perçue, d'accomplir un tel comportement.

Une question épineuse pour les campagnes de prévention a d'abord été celle de déjouer les effets de l'influence sociale. La contribution des modèles de l'influence sociale, y compris aussi des modèles du changement d'attitude, a été fondamentale pour la planification de campagnes essayant de les contourner. Ainsi,

certaines études ont montré l'importance d'enseigner aux jeunes comment décliner les offres directes de tabac, et de les rendre conscients de ces processus (Botvin, Eng et Williams, 1980; Chassin *et al.*, 1990; Evans *et al.*, 1978; Flay, 1985; Leventhal, Fleming et Glyn, 1988). Des campagnes ont essayé de former des compétences sociales en démontrant l'existence et le fonctionnement de l'influence sociale, et en augmentant les compétences communicationnelles de l'individu confronté à de telles influences. Une méta-analyse a évalué l'efficacité de 94 programmes de prévention dans les écoles mis en place entre 1980 et 1990 (Bruvold, 1993). En ce qui concerne les croyances, elle ne trouve pas de différence entre des interventions plus traditionnelles (basées principalement sur l'apport d'information factuelle sur les drogues, leurs effets et leurs conséquences) et des interventions basées aussi sur d'autres principes tels que le renforcement social (incluant l'acquisition de capacités pour reconnaître et résister aux pressions sociales). Ces dernières obtiennent par contre davantage d'impact sur le comportement tabagique.

Par ailleurs, les campagnes antitabac ont aussi tenté d'augmenter la capacité d'arrêter de fumer perçue par le fumeur. Il est vrai que cette dimension est particulièrement pertinente lors des programmes d'aide à la désaccoutumance chez les fumeurs qui ont déjà une forte intention d'arrêter de fumer et qui auraient besoin d'un soutien lors de ce processus. Mais elle est aussi essentielle lors des campagnes d'information visant à augmenter chez le fumeur la perception d'efficacité et de contrôle lors du processus d'arrêt de la consommation (*cf.* Etter, Houezec et Landfeldt, 2003; Leventhal *et al.*, 1967). Du fait que l'arrêt serait plus efficace lorsque le niveau de consommation du fumeur est faible (*cf.* Zhu, Sun, Hawkins, Pierce et Cummins, 2003), des campagnes visant à diminuer la consommation plutôt qu'à l'arrêter pourraient être particulièrement appropriées comme un premier but afin d'amener le fumeur à arrêter définitivement (voir Etter *et al.*, 2003).

1.4 Conclusion

Dans leur volonté d'augmenter l'efficacité de la lutte contre la consommation de tabac, les interventions ont fait preuve d'une constante évolution dans leurs conceptions et dans les techniques employées, progrès concomitant d'une évolution de la connaissance théorique des facteurs déterminant le comportement tabagique. Inspirées principalement par le modèle des croyances sur la santé (Rosenstock, 1974), ces interventions visaient initialement presque exclusivement à informer les populations des conséquences négatives pour la santé de la consommation de tabac. Elles s'appuyaient alors sur les principes de la persuasion et de l'activation de la peur, en utilisant comme moyens de communication la publicité, les conférences ou les diffusions audiovisuelles. Au-delà de la démonstration des méfaits liés au tabac, le sentiment d'invulnérabilité chez le fumeur, notamment dû au fait que les conséquences pour sa santé ne sont observables qu'à long terme, a de plus en plus orienté les efforts vers l'augmentation des connaissances à la fois sur la sévérité des méfaits et sur la vulnérabilité du fumeur autant à long terme qu'à court terme (avec par exemple les conséquences pour l'image, l'état physique ou la santé en général). D'autres travaux ont aussi contribué à expliquer la consommation de tabac en fonction de facteurs tels que l'influence des proches (pairs, parents, fratrie, etc.), le modelage social ou la croyance en une acceptabilité sociale démesurée de la consommation de tabac. Ces avancées théoriques ont permis, lors des interventions, d'introduire des techniques comme l'entraînement des compétences sociales (*Just say no*) permettant de contrer l'influence de ces facteurs. Les interventions plus récentes se sont aussi centrées sur l'importance de changer la signification que la consommation de tabac a pour les gens, et en particulier pour les jeunes (par exemple, en renforçant dès le début de la consommation son aspect désagréable).

Malgré ces améliorations dans la conception théorique et technique des interventions, la persistance du comportement tabagique dans notre société suggère que d'autres efforts s'avèrent nécessaires. En effet, la société a dépensé et dépense beaucoup en actions de prévention pour lutter contre le tabac (par exemple, programmes de prévention dans les écoles, concours de dessins d'enfants, journées mondiales sans tabac, campagnes ciblées du type « Hôpital sans tabac », « Université sans tabac »), mais la question reste d'en déterminer l'exacte efficacité. Les campagnes antitabac donnent à tout le moins l'illusion d'agir et donc bonne conscience. Elles ont eu un impact évident en diffusant les méfaits de la consommation du tabac, en contournant ou en aidant à contourner quelques facteurs déterminants du comportement tabagique, en établissant des normes sociales et légales fortement contraignantes contre la consommation de tabac et, en conséquence, en diminuant significativement le nombre de fumeurs dans les pays occidentaux. Le bilan actuel montre néanmoins que la diminution de la consommation de tabac reste encore un défi important.

Ces données contribuent à mettre en évidence qu'un nombre considérable de fumeurs présente une certaine *ambivalence*. Ils se trouvent dans un état de contradiction entre la connaissance des conséquences négatives du comportement tabagique et des conséquences positives par ailleurs recherchées, entre le manque de légitimité pour fumer et le désir ou la nécessité de le faire, et, finalement, entre les facteurs contraires à leur comportement et leur intention de persévérer dans l'immédiat, et même à plus long terme. Cette opposition a amené à la distinction entre les fumeurs consonants, qui présentent un accord entre leur comportement et leurs croyances et attitudes favorables au tabac, et les fumeurs dissonants, qui fument en dépit de leurs croyances ou attitudes défavorables (McKennell et Thomas, 1967 ; Joossens, 1992). Depuis la première prise de conscience des conséquences négatives du tabac, le fumeur totalement consonant s'est transformé en fumeur dissonant. Au-delà d'une approche différentielle, on peut même considérer que tous les fumeurs, de

par leur comportement et de par le contexte sociétal, sont, certes à un degré ou à un autre, des fumeurs dissonants.

Nous sommes donc confrontés à un paradoxe : des millions d'individus continuent à se comporter d'une manière dont ils savent pertinemment qu'elle comporte des conséquences négatives pour eux-mêmes et pour leur environnement proche. Cette contradiction suggère l'existence de différents niveaux d'élaboration de l'information antitabac : les campagnes antitabac ont obtenu un impact caractérisé par l'acceptation d'un savoir général concernant les risques pour la santé, que l'on peut considérer comme un truisme, mais qui reste largement détaché des décisions concrètes et personnelles. D'autre part, on a observé que les motivations et les justifications pour fumer sont les mêmes que celles rencontrées dans des études réalisées il y a une décade (l'habitude de fumer, fumer pour contrôler son état psychologique, pour des raisons sociales ou pour le plaisir), à l'exception d'un nouveau facteur qui caractérise le fumeur émergent, qui perçoit la pression sociale et médicale pour arrêter, et qui y résiste (Warburton, Revell et Thompson, 1991). Ce nouveau fumeur serait d'une certaine manière immunisé contre la pression antitabac du fait même de ces tentatives de persuasion.

Une telle lecture de la situation peut suggérer un échec relatif des campagnes antitabac. Cet échec peut être en partie attribué à l'inefficacité des modèles d'interventions qui inspirent ces campagnes (cf. Leventhal et Cleary, 1980), qui pour la plupart se basent sur le principe que la répétition de l'information concernant les méfaits du tabac de la part de sources jouissant de crédibilité (comme des experts ou des autorités dans le domaine de la santé) va finalement avoir les conséquences désirées (McGuire, 1968). À la rigueur, on pourrait considérer que ces campagnes n'étaient en partie « *qu'écrans de fumée détournant l'attention du véritable problème : notre ignorance absolue des mécanismes de dépendance, des facteurs addictifs du tabac et des ressorts psychosociologiques efficaces pour prévenir le tabagisme et aider au sevrage* » (Molimard, 1996, p. 226). Finalement, elles seraient aussi le signe

de l'impuissance des responsables de la santé publique face au problème de société posé par le tabagisme.

Une telle lecture suggère l'existence d'un défi qui est toujours à relever. D'abord, ce défi est social. Il relève de l'amplitude des conséquences négatives qui lui sont associées et qui pourraient être réduites si ce comportement était maîtrisé. La consommation du tabac étant considérée comme l'une des plus importantes causes de mortalité prématurée dans les pays développés, l'enjeu principal est ainsi le nombre de vies qui pourraient être sauvées. De plus, le traitement des maladies liées à la consommation de tabac introduit des coûts économiques énormes pour la société. Finalement, la consommation de tabac est responsable de l'apparition de nouvelles normes sociales. Certains sous-groupes de la population sont de plus en plus vulnérables, et certaines variables sociodémographiques (âge, éducation, sexe) sont associées à l'initiation et l'arrêt.

C'est aussi un défi pour les professionnels et les scientifiques, puisque la consommation de tabac constitue un comportement complexe, et qu'il n'y a pas une cause unique pour expliquer l'initiation, l'arrêt ou le maintien. Ainsi, de nombreux spécialistes de la santé (médecins, tabacologues, psychologues) doivent apprendre comment intervenir de manière efficace face à la difficulté de prévenir l'initiation et d'amener à l'arrêt. De plus, la consommation de tabac est aussi un défi pour les académiques et les chercheurs, qui doivent constamment ajuster leurs modèles théoriques, qui en fin de compte s'avèrent inadéquats ou à tout le moins insuffisants pour orienter le travail des professionnels de la santé. Ceci est le cas de la psychologie sociale qui, tout comme d'autres disciplines scientifiques, s'est investie depuis les années 50 dans l'étude des facteurs déterminant la consommation de tabac.

Un des nœuds du problème relève à notre sens de l'explication et de la prise en compte de l'ambivalence apparue chez le fumeur. Dans la perspective des travaux sur l'influence sociale, une explication possible reviendrait à considérer que le fumeur

aurait accepté la norme sociale antitabac de manière superficielle, sans une véritable intériorisation (*cf.* Moscovici, 1980), et qu'en réalité il tient à continuer de fumer, tout en étant confronté à des intérêts sociaux contradictoires. Dans ce cas, l'attitude contre la consommation de tabac ne serait que l'application de la part du fumeur d'un principe de négociation : sa position sociale affaiblie et le risque d'une montée extrême des mesures antitabac lui conseillent de faire des concessions pour diminuer le conflit avec les non-fumeurs et avec les autorités pertinentes, et pour en fin de compte préserver son comportement. Une autre explication, que nous privilégierons, est que son acceptation de la norme antitabac serait authentique, qu'il voudrait donc sérieusement arrêter de fumer, mais que d'autres facteurs l'en empêchent. Différentes conséquences pour la prévention découlent de cette perspective, dont une analyse plus exhaustive sera proposée dans les deux chapitres suivants, en termes des enjeux identitaires impliqués dans le comportement tabagique et dans les rapports d'influence visant à le modifier.