

Entretien avec Antoine Deutsch

1) Quel est le rôle de l'INCa ? Quand avez vous commencé à vous intéresser à la question de la cigarette électronique, et pourquoi ?

L'INCa est une agence de santé et de recherche en cancérologie dont le rôle est de coordonner la politique nationale en terme de lutte contre le cancer. Sa stratégie est basée sur le plan cancer, plan présidentiel quinquennal créé il y a 12 ans. C'est le premier institut dédié à une pathologie où l'on regroupe l'ensemble des métiers sur la cancérologie. Ses activités sont diverses : prévention (département où je travaille), dépistage, santé publique (épidémiologie, données), financement et coordination de la recherche.

Face à la mortalité liée au tabac, notamment à cause de cancers (à noter qu'un décès sur trois dû au cancer en France a un lien avec le tabac), l'INCa a une position très forte sur le tabac. Lorsqu'est arrivée la cigarette électronique, la première fois où nous avons pris position est en Août 2008 où nous avons relayé la position de l'OMS qui était défavorable à son utilisation. Le contexte était alors particulier. En effet, l'apparition de l'e-cigarette était très brusque, et nous ne savions pas d'où elle provenait exactement : s'agissait-il de quelques producteurs étrangers, de l'industrie du tabac ? D'autant plus qu'en 2008 avait été mise en place une mesure pour interdire de fumer du tabac dans les lieux publics. Cette invention semblait alors être un moyen pour détourner cette loi. N'en voyant pas beaucoup l'intérêt, nous en avons un avis un peu négatif.

En 2012, portée par les utilisateurs eux mêmes, l'e-cigarette a refait surface dans le débat public. La logique de l'institut est de diminuer le nombre de cancers, et donc d'encourager la population à arrêter de fumer. L'INCa se doit donc de traiter tous les moyens qui permettent d'arrêter de fumer.

2) Vous affirmez que du point de vue des risques de cancer, la cigarette électronique ne peut être efficace que si elle conduit à un arrêt complet du tabac, non à la seule diminution de la consommation. Que dire des fumeurs qui considèrent qu'une réduction de leur consommation de tabac est déjà une avancée, et qui ne veulent pas forcément totalement arrêter de fumer à terme ?

C'est un sujet complexe. L'INCa a sorti en 2016 tout un rapport pour changer les pratiques des médecins qui traitent les patients atteints de cancer. Nous souhaitons que ces médecins leurs demandent systématiquement d'arrêter de fumer en leur proposant des méthodes d'arrêt. Cependant, si les médecins prennent les recommandations officielles, ils ne peuvent proposer la cigarette électronique car il y a un manque d'études et de recul.

Toutefois, la position de l'INCa est de dire que vapoter, ce n'est pas fumer, et donc que la cigarette électronique doit être proposée par les médecins avec les autres méthodes d'arrêt. Ensuite, nous avons financé de la recherche dans le champ de la lutte contre le tabac comprenant cinq axes forts, avec parmi eux la cigarette électronique. En effet, nous avons financé deux projets l'année dernière et deux cette année (environ 300 à 500 000 euros). Nous nous sommes alors retrouvés face à un obstacle qui est que la méthode de calculer des médecins est le paquet année, dont le désavantage est de faire croire aux gens que la durée et la quantité de tabac fumé ont un poids égal. Hors la durée est puissance quatre ou puissance cinq fois plus importante que la quantité. Evidemment réduire le nombre de cigarettes est une bonne chose, mais il est tellement plus nocif de continuer de fumer que nous ne pouvons recommander cela. C'est là qu'est arrivée la cigarette électronique et qu'est apparu ce phénomène de vapo-fumeurs qui était plus adapté. Ainsi, nous touchons à quelque chose de très peu connu, même des professionnels de santé : il ne faut pas décourager les fumeurs qui veulent diminuer, mais leur faire comprendre qu'il faudra aller à l'exclusivité, sinon leur gain n'est pas très grand. Alors que entre le tabac et la cigarette électronique, comme le montre une étude anglaise, cette dernière est 95 fois moins nocive.

3) A l'issu de son rapport de Février 2016, le HSCP a invité à réfléchir sur la création d'une cigarette électronique "médicalisée". Quelle est votre position sur cette question vis à vis de la réduction des risques de cancers ?

C'est compliqué comme sujet. Je crois que l'un des succès de la cigarette électronique a été son implémentation marketing. Les gens ont compris qu'il fallait arrêter de fumer, ne se sentent pas malades, mais veulent se traiter directement. Les traitements en pharmacie ne marchaient pas beaucoup parce que les gens ne voulaient pas entrer en pharmacie, alors que les magasins faisaient un peu "Nespresso", cela faisait plaisir aux gens d'y aller pour acheter leur cigarette électronique. Tant que nous sommes sûrs que l'industrie du tabac n'est pas impliquée, c'est un grand succès : on n'est pas malade et on va en magasin. C'est ce qui ressort des enquêtes : les gens y retrouvent des conseils, une expertise.

4) Quid de la formation de ces personnes ?

Je pense qu'en tout cas il y a une vraie volonté de faire des gens de la vape des gens de la lutte anti-tabac. Il faut bien marquer que lorsqu'on travail dans un magasin de la vape, on lutte contre le tabac. Après il y a aussi du business, mais je pense qu'au début tous les sujets liés au principe de réduction du risque sont liés aux utilisateurs eux-mêmes à travers les associations qui ont fait le pas. Il ne faut pas trop mettre de contraintes au départ pour ne pas décourager, freiner, bloquer. Ceci explique pourquoi il n'y a pas eu un gros impact et transfert du tabac vers la cigarette électronique. La grande révolution serait que tout le monde devienne vapoteur pour ensuite s'attaquer à la question de l'arrêt final.

5) Quelle est la position de l'INCa sur le vapotage passif ?

Je vais être honnête : pour moi c'est un non-sujet de santé publique. Déjà que l'on ne sait rien sur la cigarette électronique en elle-même, celle du vapotage passif ne se pose même pas. Nous, ce que l'on souhaite, c'est un transfert du tabac vers la cigarette électronique. Toute notre politique est que les gens arrêtent de fumer. Je ne serais pas pour mettre la même loi au vapotage passif qu'au tabagisme passif. Déjà que le tabagisme passif n'a rien à voir avec le tabac : 45 000 décès liés au tabac sont dû au cancer alors que 250 seulement sont liés au tabagisme passif. Après, il faut du civisme : il ne faut pas non plus que les gens, dans des lieux clos commencent à vapoter avec des gens au tour d'eux. C'est comme si en salle de réunion, quelqu'un mettait beaucoup de parfum, cela peut être désagréable pour certains. Il faut des chartes, de la réglementation, que les vapoteurs n'aillent pas fumer avec les fumeurs. Cela donnerait une fausse idée sur la toxicité. Je pense que l'enjeu central dans la précaution est la place de la nicotine dans la société. Est-ce un produit neutre ou pas ? Peut-on laisser des gens dépendants à la nicotine toute leur vie sachant que d'un point de vue sanitaire, la nicotine n'est pas un produit cancérigène à dose normale, elle ne donne que de l'addiction. **La question est : peut-on accepter une société dépendante ?** Intellectuellement, philosophiquement, pouvons nous l'accepter ? C'est là où l'on voit des oppositions fortes dans la controverse : faut-il être abstinent total ou prendre des substituts ? La question se pose de la même manière pour l'alcool ou les drogues, sachant que beaucoup de gens ne sont pas capables d'être abstinentes à 100%.

6) De nombreuses études scientifiques ont été menées sur la cigarette électronique, et ont abouti à des conclusions parfois en désaccord. Comment expliquer cette situation ?

Dans ce sujet, il y a deux choses qu'il faut évaluer : son efficacité (qui n'est pas trop variable), sa faisabilité, sa mise en place et sa mise en œuvre, qui elles dépendent du contexte. Prenez par exemple la Californie, où le taux de prévalence tabagique est de 13% : le tabac est quasiment sorti de la jeune génération, et ne restent que les vieux fumeurs. Dans une société où les gens ne fument pas, l'effet passerelle est bien présent, alors qu'en France (où 35% des jeunes fument), pas du tout. En France, les gens utilisent la cigarette électronique pour arrêter de fumer. Il est donc très important de comprendre le contexte : en France on est réellement dans un autre contexte, et les anglais sont très pragmatiques et voient qu'ils ont peu de fumeurs, d'où leur position très pro-cigarette électronique alors que les Etats-Unis lui sont très opposés. En plus de cela, la législation y est très faible contre l'industrie du tabac : nous pourrions y suspecter un rapport aux intérêts de l'industrie du tabac. On se demande si cette polémique n'est pas un peu créée.

7) Quelle est la position de l'INCa sur la toxicité des constituants de l'e-cigarette ? Peuvent-ils engendrer de nouveaux risques de cancers ?

Le vrai débat est celui d'attendre ou non avant de se prononcer, c'est à dire d'appliquer un principe de précaution. Or, en terme de cancer, il faut un recul sur 30, 50 ans pour avoir des données valables. A un moment il faut savoir interpréter les premières études que l'on a. C'est ce que nous avons fait dans notre synthèse en donnant une petite position, sans véritablement nous prononcer. Et cet été là un article montrait que les effets indésirables étaient très limités : ce n'est pas sans risque, mais il n'y a tellement rien à voir avec le tabac que c'est très intéressant.

Ainsi, aujourd'hui les premières analyses faites ne montrent pas de substance cancérigène à un tel niveau qui permette de dire que la cigarette électronique n'est pas un produit cancérigène, mais cela reste très embryonnaire comme recherche. Cependant, nous venons de financer une recherche là-dessus qui va donner des données sur la durée. Il manque un peu de suivi et de recul : les premiers faisceaux ont montré qu'il n'y en a pas. C'est pourquoi il faut passer à l'exclusivité de la cigarette électronique.

8) Que pensez vous de la politique de prévention en France ?

En France, clairement, nous sommes dans un pays où l'on a placé le curatif avant le préventif : nous allons bien soigner les gens en les remboursant (politique hospitalière, remboursements), faisant de nous l'un des meilleurs pays en terme de prise en charge de la santé. Mais à coté de cela, nous avons beaucoup délaissé la prévention. Est apparu le mal du 20e siècle : les maladies chroniques liées à notre mode de vie (tabac, alcool, nutrition), comme le cancer ou le diabète. Notre système n'est pas adapté pour répondre à ce côté préventif : on s'y met, on essaye de le faire évoluer mais c'est compliqué, cela fait 10 ans que l'on y va, mais pour un changement pratique il faut au moins 20 ans. Il faut également une cohérence sur notre message. Par exemple pour un cancer du sein, le docteur ne pensera pas à aider à arrêter le tabagisme. Dans ces dernières années, il y a eu une politique très forte dans la lutte contre le tabac. On a pendant longtemps reproché à l'agenda politique un manque d'action, alors que là il y a une position forte avec la ministre de la santé. C'est cela qui nous manque et c pourquo nous avons un fort taux de prévalence tabagique par rapport aux pays anglo-saxons où la prévention a une place plus importante. On ne répond plus aux nouveaux défis qui sont de répondre aux maladies chroniques. Et en plus de cela, il y aura une vrai rentabilité.