



HAL
open science

**Campagne #MoisSansTabac 2016, le marketing social
auprès des médecins généralistes : enquête qualitative
par focus groups auprès de médecins généralistes du
Lot-et-Garonne**

Estelle Dimeglio

► **To cite this version:**

Estelle Dimeglio. Campagne #MoisSansTabac 2016, le marketing social auprès des médecins généralistes : enquête qualitative par focus groups auprès de médecins généralistes du Lot-et-Garonne. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02043271

HAL Id: dumas-02043271

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02043271>

Submitted on 20 Feb 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R des SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N°203

**Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement par

Estelle DIMEGLIO

Née le 28 avril 1988 à Bordeaux

Le 19 décembre 2018

**Campagne #MoisSansTabac 2016, le marketing social auprès des
médecins généralistes**

*Enquête qualitative par focus groups auprès de médecins généralistes
du Lot-et-Garonne*

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste LE TAILLANDIER DE GABORY

Rapporteur :

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Jury

| | |
|--|------------|
| Madame le Professeur Chantal RAHERISON | Présidente |
| Monsieur le Professeur Philippe CASTERA | Jury |
| Monsieur le Docteur Baptiste LUACES | Jury |
| Monsieur le Docteur Bounthanousone NAMMATHAO | Jury |
| Monsieur le Docteur Jean-Baptiste LE TAILLANDIER DE GABORY | Jury |

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. »

Louis Pasteur

« Ce qui marche c'est de pousser les gens à faire quelque chose qu'ils désirent faire, ce qui signifie essayer de découvrir les objectifs personnels des gens pour orienter ce que nous faisons en fonction du contexte »

Daniel H. Pink dans « Vous êtes vendeur le saviez-vous ? »

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A la Présidente du Jury, Madame le Professeur Chantal RAHERISON,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver en ces mots l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Au rapporteur, Monsieur le Professeur Philippe CASTERA,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Je vous remercie de m'avoir guidée et éclairée lors de la construction de ce sujet et d'avoir accepté d'évaluer ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance pour votre précieuse expertise.

A Monsieur le Docteur Baptiste LUACES,

Je suis honorée de votre présence dans mon jury de thèse. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé. Je vous exprime mon admiration et mon respect pour le médecin que vous êtes.

A Monsieur le Docteur Bounthanousone NAMMATHAO,

Un immense merci pour l'intérêt que tu as porté à mon travail et pour le temps que tu m'as accordé. Trouve à travers ce travail l'expression de mon profond respect et de mon immense reconnaissance.

A mon Directeur de thèse, Monsieur le Docteur Jean-Baptiste LE TAILLANDIER DE GABORY,

Quelle chance de t'avoir eu en tant que maître de stage. Ta qualité d'écoute, ton esprit critique, ta pédagogie et ton sens des valeurs humaines sont un exemple à suivre. Merci d'avoir développé mon esprit critique. Trouve en ce travail, ma profonde admiration pour le Médecin et l'Homme que tu es. Je te remercie de m'avoir soutenue, accompagnée et guidée tout au long de ce travail avec une disponibilité sans faille.

Aux professionnels de santé qui ont croisé ma route

Aux médecins généralistes qui ont participé aux entretiens,

Merci pour votre disponibilité. Sans vous, ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

Aux médecins qui m'ont aidée à me construire au cours de mes stages, Georgine Labadie, Gérard Ducos, Jérémie Saget, Pierre-Michel Fabre, Jean-Baptiste Harriague, Sébastien Ortiz, Jean-Baptiste de Gabory, Marie-Anne Jarry, les gériatres du CSG de Dax et principalement Laurent Hallard, les urgentistes de l'Hôpital Saint-André et les gastro-entérologues de l'Hôpital de Périgueux,

Merci de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas de médecin et de m'avoir aidée à devenir le médecin que je suis.

Aux infirmiers et aides-soignants qui m'ont marquée au cours de mes stages,

Merci pour votre humanité, vos bons soins, votre esprit d'équipe et votre dévouement. Je vous exprime mon plus profond respect et ma sincère admiration.

A mes relecteurs aguerris

A Mathieu et Fanny,

Merci pour le temps que vous m'avez accordé de bon cœur et vos remarques pertinentes.

A ma famille

A mon chéri Toni, ton amour, ta présence et ta joie de vivre me comblent de bonheur au quotidien. Merci pour ta patience à toute épreuve. Merci de croire au merveilleux et de m'inviter à la rêverie et aux voyages. Je t'aime.

A ma maman et mon frérot, merci pour tout l'amour que vous me donnez. Maman, merci pour ton soutien et ton dévouement inconditionnel durant mes études et notamment au cours de "notre" douloureuse première année. Tu m'as donné la force de réaliser mon rêve. C'est dans tes yeux que je me sens fière. Fabien, toi le passionné, l'éternel optimiste, tu as toujours été un modèle pour moi. Je vous aime.

A Daniel, merci pour toute ta tendresse et ta bienveillance tout au long de ces années.

A mon père, malgré la distance tu ne cesses de me témoigner ton amour et ton soutien. Un grand merci pour tous tes précieux conseils et ton regard aguerris sur mon travail.

A ma belle-famille, Fernande, Michèle, Fred, Jessy, Lorris et Zoe, merci pour votre amour, votre grande générosité et votre soutien.

A ma mamie Luce, c'est toi mamie la plus belle du monde... Tu aurais tant aimé être à mes côtés en ce jour. Tu le seras à jamais dans mon cœur. Je te dédie ce travail.

A mes amis

A Aline ma sœur de cœur, tu es mon rayon de soleil et celui de tous tes proches. Tu es une battante, une amoureuse de la vie, quelques soient les obstacles. Je suis fière de toi et te souhaite tout le bonheur que tu mérites. Je t'aime.

A la bande de Zoubis, Léa, Raph, Renaud, Fanny, Aurore, Kevin et Nico, merci pour tous ces précieux moments de partage qui m'apportent beaucoup de joie et effacent mes peines. Longue vie aux Zoubis !

A ma coquille, merci pour ton amitié, ta confiance, ton écoute et tes bons petits plats. Dans l'espoir qu'un projet professionnel commun voit le jour.

A mes cop's de conf, Armelle, Cécile et Poe, bien plus que des copines. Je suis tellement fière de vous. J'aurais adoré travailler avec vous et vous avoir plus souvent à mes côtés. Merci d'être toujours là malgré la distance. Vous me manquez.

A Marie, Xavier, feu Valentin et Issa, quel bonheur d'avoir débuté notre internat ensemble. Un merci tout particulier à toi Marie pour ton amitié, ta spontanéité, ton rire communicatif. Pleins de souvenirs gravés et de nombreux autres à venir.

A mes petites cestadaïses, Aude, Solenne, Cécile et Alice, mes chères amies d'enfance. Je vous remercie pour tous ces moments privilégiés que nous avons partagés. J'espère que de nombreux autres seront à venir. Solenne, je tenais à te remercier tout particulièrement pour ton immense soutien durant ma première année.

A Alexandra et Laurène, mes petites périgourdines, quel bonheur d'avoir travaillé à vos côtés et de vous compter parmi mes amies. Merci d'être toujours là pour moi !

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUCTION..... | 8 |
| 1.1 Politiques anti-tabac en France et impact sur la consommation de tabac | 8 |
| 1.1.1 La prévalence du tabagisme reste malgré tout préoccupante..... | 10 |
| 1.1.2 Un creusement des inégalités sociales face au tabagisme..... | 10 |
| 1.1.3 Le Lot-et-Garonne, un des départements les plus pauvres de France..... | 11 |
| 1.2 Le tabagisme n'est pas une fatalité : comparaison avec les autres pays développés..... | 11 |
| 1.3 La campagne #MoisSansTabac | 12 |
| 1.3.1 Inspiré de la campagne anglaise « Stoptober »..... | 12 |
| 1.3.2 Présentation de la campagne #MoisSansTabac | 12 |
| 1.3.3 Partenaires de la campagne #MoisSansTabac | 13 |
| 1.3.4 Quelques chiffres sur la campagne #MoisSansTabac 2016..... | 14 |
| 1.3.4.1 Coût de l'opération | 14 |
| 1.3.4.2 Premiers résultats..... | 14 |
| 1.3.5 Place des généralistes dans la lutte contre le tabac et dans la campagne #MoisSansTabac | 15 |
| 1.3.6 Faible mobilisation des médecins généralistes dans la campagne..... | 16 |
| 1.4 Marketing social..... | 16 |
| 1.4.1 Définition | 16 |
| 1.4.2 Le changement de comportement au cœur du marketing social | 17 |
| 1.4.3 La démarche du marketing social..... | 17 |
| 1.4.4 Le marketing social en santé publique | 18 |
| 1.4.4.1 Applications dans le monde..... | 19 |
| 1.4.4.2 Applications en France..... | 19 |
| 1.4.5 Vécu personnel | 20 |
| 1.4.6 Une crainte du marketing social au sein de la médecine générale ? | 21 |
| 1.5 Problématique | 21 |
| 1.6 Objectifs de l'étude..... | 21 |
| 1.6.1 Objectif principal..... | 21 |
| 1.6.2 Objectif secondaire | 21 |
| 2. MATERIEL ET METHODES | 22 |
| 2.1 Type de l'étude et raisons de ce choix..... | 22 |
| 2.2 Echantillonnage | 22 |
| 2.2.1 Critères d'inclusion..... | 22 |
| 2.2.2 Critères d'exclusion | 22 |
| 2.2.3 Recrutement | 22 |
| 2.2.4 Difficultés rencontrées..... | 23 |
| 2.3 Recueil de données..... | 23 |
| 2.3.1 Déroulement des entretiens | 23 |
| 2.3.2 Elaboration et évolution du guide d'entretien | 24 |
| 2.3.3 Retranscription..... | 24 |
| 2.4 Analyse..... | 24 |
| 2.4.1 Analyse par rétroaction immédiate..... | 24 |
| 2.4.2 Analyse inspirée de la théorisation ancrée | 24 |
| 2.4.2.1 Codification et catégorisation..... | 24 |
| 2.4.2.2 Exploitation des données..... | 25 |
| 2.4.3 Saturation des données..... | 25 |
| 2.5 Ethique | 25 |
| 2.5.1 Consentement des participants | 25 |
| 2.5.2 Anonymisation des données | 25 |
| 2.5.3 Procédures réglementaires et éthiques..... | 25 |
| 3. RESULTATS..... | 26 |

| | |
|---|-----------|
| 3.1 Description des focus groups et caractéristiques des participants | 26 |
| 3.2 Analyse thématique | 28 |
| 3.2.1 Opinions de médecins généralistes sur #MoisSansTabac | 28 |
| 3.2.1.1 <i>Concernant la communication</i> | 28 |
| 3.2.1.2 <i>Principe du défi collectif, positif pour 17 des 22 médecins</i> | 33 |
| 3.2.1.3 <i>Craintes concernant #MoisSansTabac</i> | 35 |
| 3.2.2 Impact de #MoisSansTabac et rôle du médecin généraliste | 37 |
| 3.2.2.1 <i>Impact de la communication</i> | 37 |
| 3.2.2.2 <i>Impact de #MoisSansTabac sur l'activité des médecins généralistes</i> | 39 |
| 3.2.2.3 <i>Rôle des médecins généralistes à titre individuel durant #MoisSansTabac</i> | 44 |
| 3.2.3 Vécu du marketing social | 48 |
| 3.2.3.1 <i>Raisons d'un vécu négatif</i> | 48 |
| 3.2.3.2 <i>Raisons d'un vécu positif</i> | 50 |
| 3.2.3.3 <i>Quels rôles se donnent les médecins vis-à-vis du marketing social ?</i> | 51 |
| 3.2.3.4 <i>Confusion entre marketing social et commercial</i> | 54 |
| 3.2.4 Idées d'amélioration de la campagne | 54 |
| 3.2.4.1 <i>Améliorer l'implication des médecins généralistes</i> | 54 |
| 3.2.4.2 <i>Améliorer la communication de la campagne envers les professionnels de santé</i> | 58 |
| 3.2.4.3 <i>Améliorer la communication envers les citoyens</i> | 60 |
| 4. DISCUSSION | 63 |
| 4.1 Forces et limites de l'étude..... | 63 |
| 4.2 Discussion des résultats | 64 |
| 4.2.1 Opinions de médecins généralistes sur #MoisSansTabac | 64 |
| 4.2.1.1 <i>La campagne est passée inaperçue</i> | 64 |
| 4.2.1.2 <i>Du défi collectif à la consultation</i> | 66 |
| 4.2.1.3 <i>Ça ne marchera jamais, ce n'est pas comme cela qu'il faut faire</i> | 66 |
| 4.2.2 Effet de #MoisSansTabac et rôle du médecin généraliste | 69 |
| 4.2.2.1 <i>Impact de #MoisSansTabac</i> | 69 |
| 4.2.2.2 <i>Je fais ce que je veux, quand je veux</i> | 70 |
| 4.2.3 Vécu du marketing social | 71 |
| 4.2.3.1 <i>Raisons d'un vécu négatif</i> | 71 |
| 4.2.3.2 <i>Raisons d'un vécu positif</i> | 73 |
| 4.2.3.3 <i>Quels rôles se donnent les médecins vis-à-vis du marketing social ?</i> | 74 |
| 4.2.3.4 <i>Confusion entre marketing social, commercial et communication en santé</i> | 74 |
| 4.2.4 Idées d'amélioration de la campagne | 75 |
| 4.2.4.1 <i>Améliorer l'implication des médecins généralistes</i> | 75 |
| 4.2.4.2 <i>Améliorer la communication de la campagne envers les professionnels de santé</i> | 80 |
| 4.2.4.3 <i>Améliorer la communication envers les citoyens</i> | 81 |
| CONCLUSION | 83 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 84 |
| ANNEXES | 88 |
| Annexe 1 : Les affiches de la campagne #MoisSansTabac | 88 |
| Annexe 2 : Les différentes étapes de la démarche marketing social | 88 |
| Annexe 3 : Mail envoyé aux MG, invitant à participer à l'un des focus groups | 89 |
| Annexe 4 : Quel est votre profil ? | 90 |
| Annexe 5 : Le guide d'entretien..... | 91 |
| Annexe 6 : Vision du défi collectif - diagramme comparatif..... | 93 |
| Annexe 7 : Modèle des changements de comportements de Prochaska et Di Clemente | 93 |
| Annexe 8 : Questionnaire CAGE-DETA (DETA = version française) | 94 |
| Annexe 9 : Synthèse des résultats | 95 |

LISTE DES ABREVIATIONS

AGIR 33 : réseau Addiction GIRonde

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisses primaires d'assurance maladie

CGSS : Caisse générale de sécurité sociale

CVS : Correction des Variations Saisonniers

DGDDI : Direction Générale des Douanes et Droits Indirects

DGS : Direction Générale de la Santé

DMG : Département de Médecine Générale

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EPRUS : Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires

FMC : Formation Médicale Continue

FMI : Formation Médicale Initiale

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PESCE : General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe

PNLT : Programme Nationale de Lutte contre le Tabac

PNRT : Programme Nationale de Réduction du Tabagisme

P2RT : Programme Régional de Réduction du Tabagisme

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SPF : Santé Publique France

TNS : Traitements Nicotiniques de Substitution

1. INTRODUCTION

Le tabac est un enjeu mondial de santé publique. Il tue la moitié de ceux qui en consomment, principalement par cancer, par maladie cardiovasculaire et par maladie respiratoire (1). Il est la principale cause de décès évitable dans les pays développés (2).

En France, le tabac est responsable d'un décès sur huit soit plus de 73000 décès par an dont la moitié avant 70 ans soit près de 20 fois la mortalité routière (3). Le coût social est évalué à plus de 120 milliards d'euro par an (4). En diminution depuis une vingtaine d'années, la consommation de tabac en France s'est de nouveau accrue de 2010 à 2016 malgré plusieurs mesures coercitives mises en place essentiellement depuis 2003. C'est pourquoi la lutte contre le tabagisme est devenue une priorité nationale. Les dernières mesures semblent efficaces au regard des premiers résultats très encourageants du Baromètre santé 2017, indiquant une diminution de la prévalence du tabagisme en France (5).

1.1 Politiques anti-tabac en France et impacts sur la consommation de tabac

Les prémices de lutte contre le tabac ont commencé avec la loi Veil (1976) puis la loi Evin (1991) et ont été renforcés depuis 2003 par les plans cancer (3 successifs). De nombreuses actions de santé publique ont été mises en place (3,6,7) :

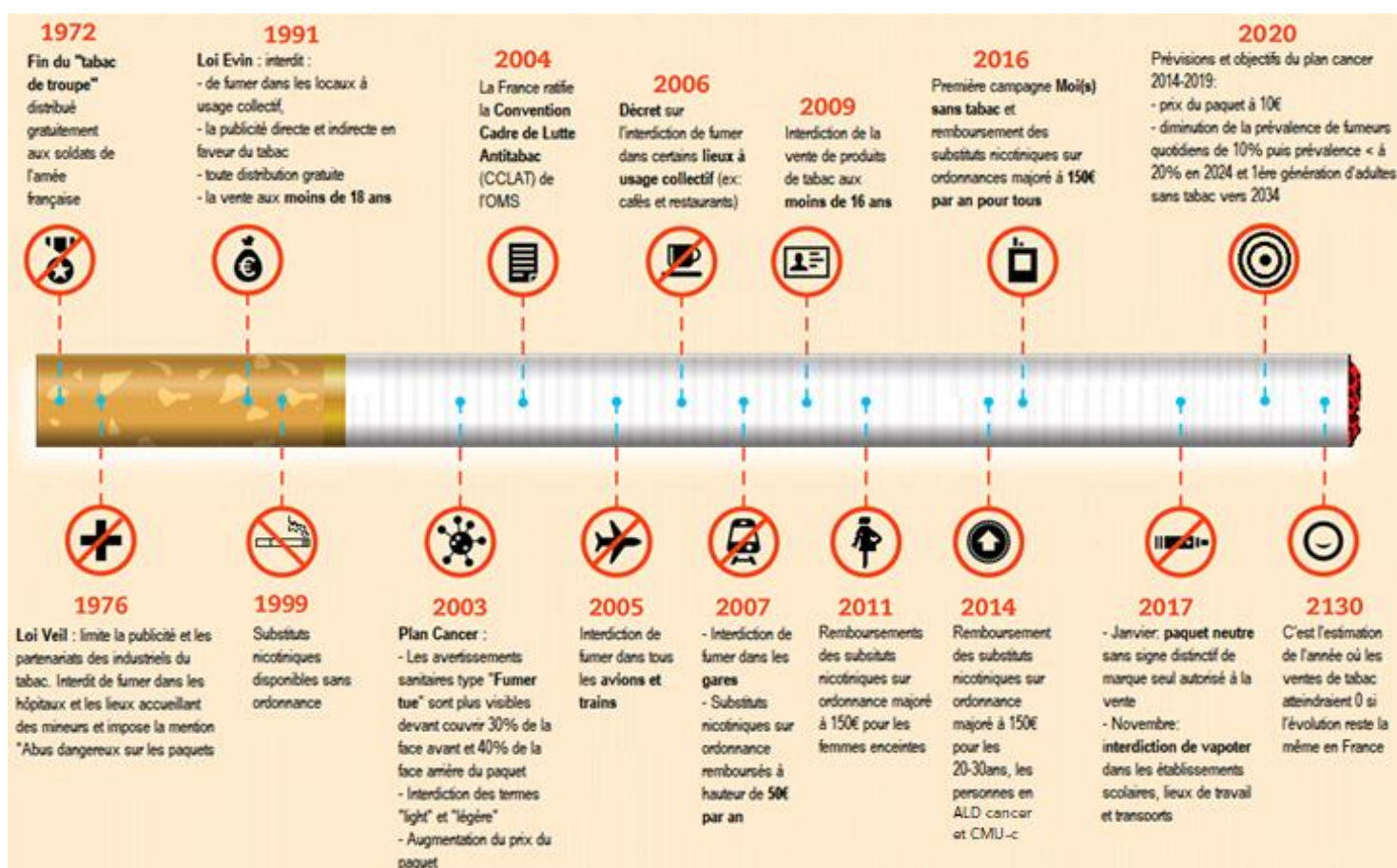


Figure 1: Chronologie des politiques anti-tabac.

Ces quinze dernières années ont été marquées de plus par :

- Des campagnes de prévention (TV et radio),
- La création de tabac-info-service, initialement ligne téléphonique d'aide à l'arrêt. Par la suite le service a été étendu à un site internet d'information et de coaching en ligne et à une application. Un espace réservé aux professionnels est disponible.
- Une forte hausse des prix du tabac (le prix de vente des paquets de la classe la plus vendue passant de 3,6 à 8 € de 2002 à 2018) (8).

Les moyens mis en œuvre n'ont jamais été si importants pour inciter et aider les Français à arrêter de fumer (ou à ne pas commencer).

1.1.1 La prévalence du tabagisme reste malgré tout préoccupante

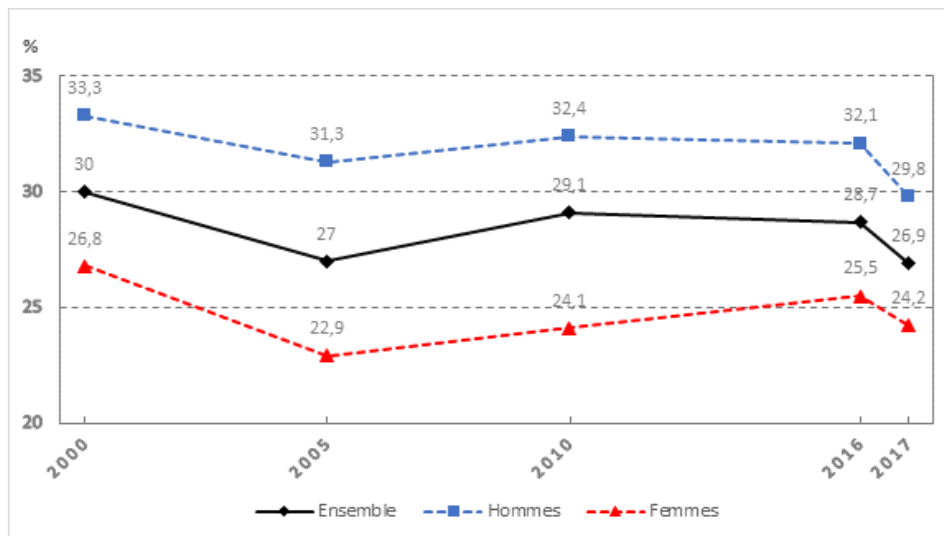


Figure 2: Evolution de la prévalence du tabagisme quotidien par sexe en France de 2000 à 2016. Source SPF.

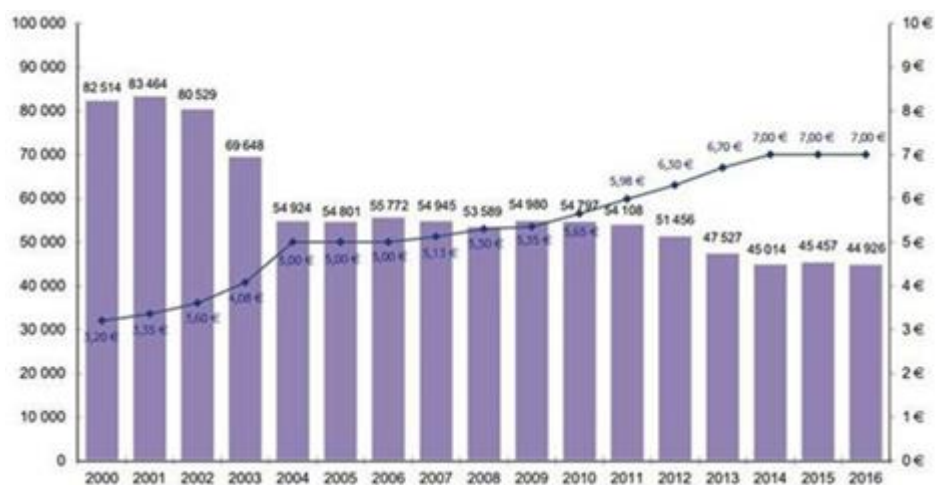


Figure 3: Vente de cigarettes (en millions d'unités) et prix annuel moyen du paquet de cigarette de la marque la plus vendue. Source DGDDI.

Suite à ces actions, de 1978 à 2005, une baisse globale de la prévalence de fumeurs actuels (quotidiens et occasionnels) de 43% à 31.4% a été mise en évidence notamment grâce aux efforts conduits dans le cadre du Plan Cancer I (2003-2008). L'augmentation de 40% du prix des cigarettes en 2003 a notamment permis en deux ans une chute sans précédent de 32% des ventes (3). Par la suite, une

hausse de la prévalence a été observée de 2005 à 2010, suivie d'une stabilité de la prévalence de 2010 à 2016. Les derniers résultats du baromètre santé sont, quant à eux, encourageants puisqu'en 2017, 31,9% des 18-75 ans interrogés déclaraient fumer (contre 34,5% en 2016) dont 26,9% quotidiennement (contre 28,7% en 2016) (5). Les politiques menées à compter de 2016 semblent donc efficaces (augmentation du prix du paquet, paquet neutre, remboursement des TNS à hauteur de 150€/an pour tous, #MoisSansTabac...).

1.1.2 Un creusement des inégalités sociales face au tabagisme

Les données attestent d'un creusement des inégalités sociales en matière de tabagisme qui doivent donc faire l'objet d'une prise en compte particulière et constante. Ainsi entre 2005 et 2010, 10% des ouvriers ont arrêté de fumer contre 24% des cadres supérieurs.

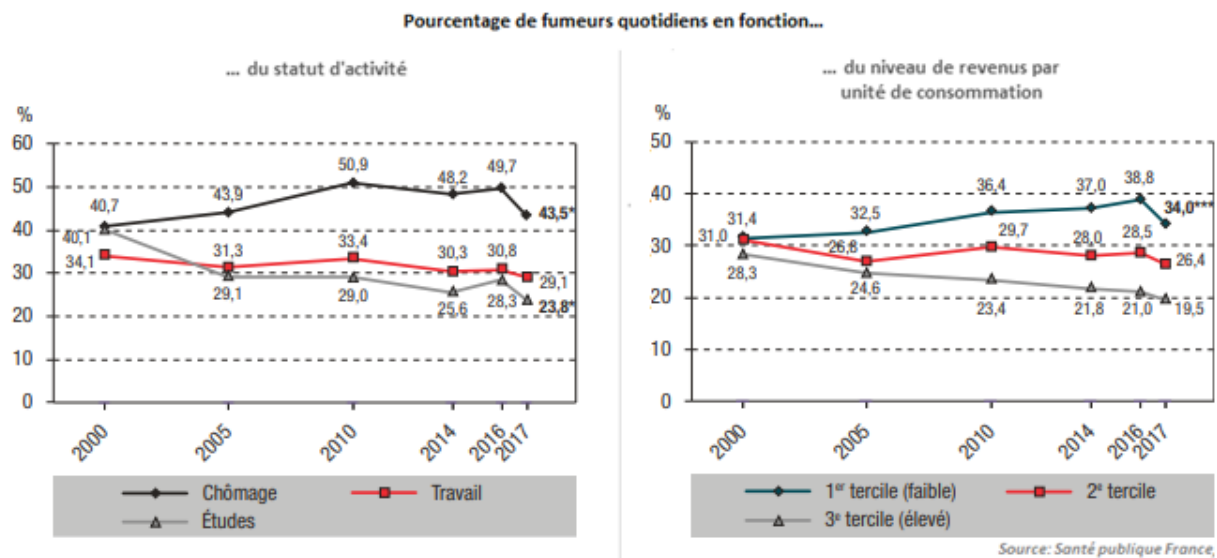


Figure 4: Pourcentage de fumeurs quotidiens en fonction de leur statut d'activité et de leur niveau de revenus. Source SPF.

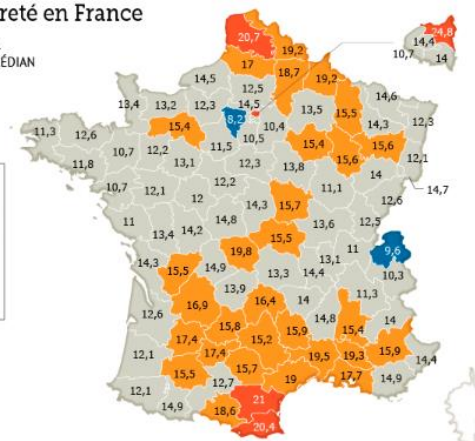
En 2017, pour la première fois depuis 2000, la prévalence du tabagisme quotidien a diminué parmi les fumeurs les plus défavorisés : de 38,8% en 2016 à 34,0% en 2017 parmi les personnes aux revenus les plus faibles et de 49,7% à 43,5% parmi les personnes au chômage (5).

1.1.3 Le Lot-et-Garonne, un des départements les plus pauvres de France (9)

Avec plus de 17% de ses habitants vivant en dessous du seuil de pauvreté, le Lot-et-Garonne est le 15^{ème} département le plus pauvre de France sur 95 départements en France métropolitaine. Il est le département le plus pauvre de Nouvelle-Aquitaine. Avec un taux de chômage estimé à 10,1% au 3^{ème} trimestre 2016, il est le 30^{ème} département le plus touché par le chômage.

Le taux de pauvreté en France

PAR DÉPARTEMENT AU SEUIL DE 60% DU NIVEAU DE VIE MÉDIAN



Source : Insee, 2011

Figure 5: Le taux de pauvreté en France par département. Source INSEE.

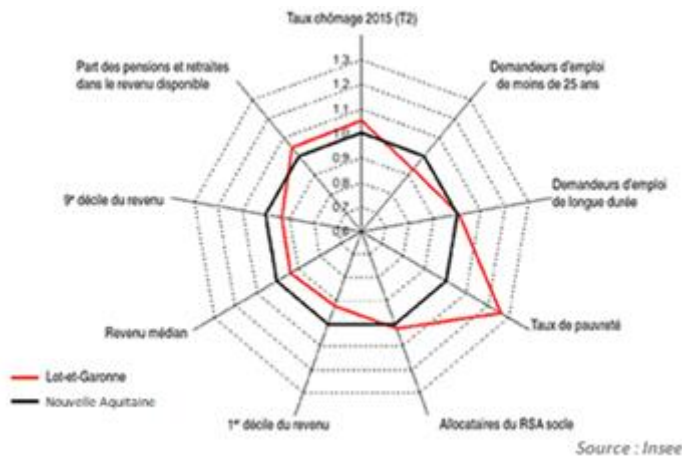


Figure 6: Pauvreté et chômage : position relative du Lot-et-Garonne par rapport à la Nouvelle-Aquitaine en 2015. Source INSEE.

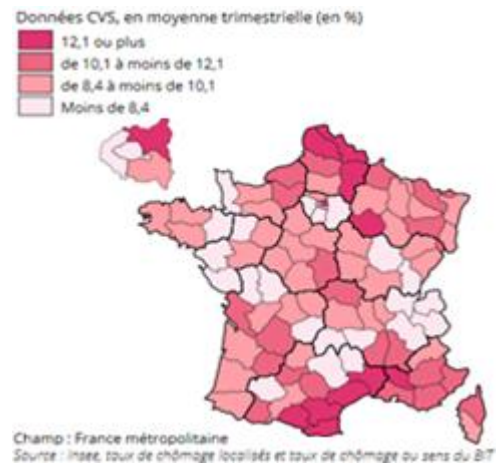
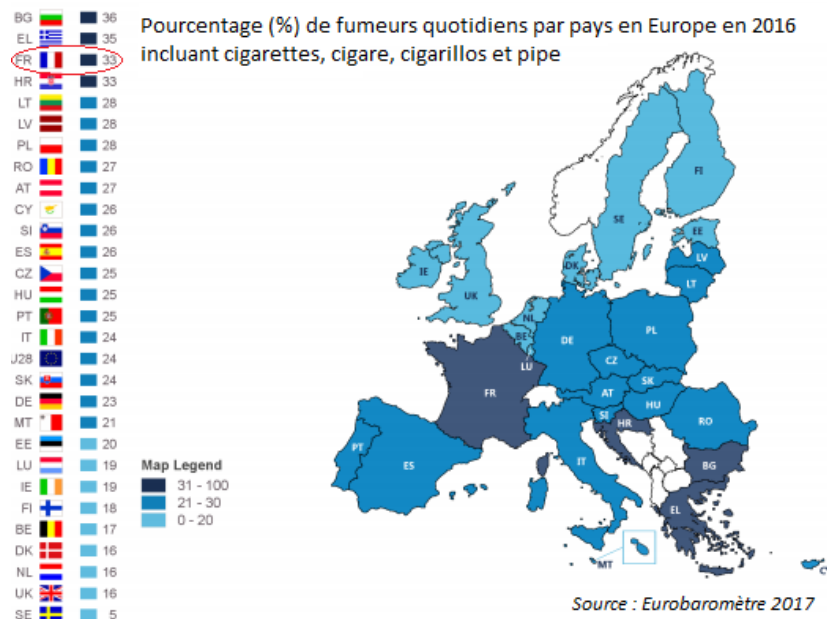


Figure 7: Taux de chômage localisés : comparaisons départementales - 3e trim. 2016. Source INSEE.

Aucune donnée n'existe sur la prévalence du tabagisme au sein du Lot-et-Garonne. Or, le Lot-et-Garonne est le 1^{er} département producteur de tabac en France. Le nombre d'exploitations est en déclin mais le secteur n'est pas en crise. Il mise sur la tabaculture « haut de gamme » (bio, sans résidu, chicha, produits sans fumée) (10). La situation socio-économique et la production tabacole du département laissent à penser que la prévalence du tabagisme y est supérieure à la moyenne nationale.

1.2 Le tabagisme n'est pas une fatalité : comparaison de la France avec les autres pays développés

L'Eurobaromètre 2017 (11–13) a quant à lui estimé à 36% la prévalence de fumeurs actuels en France, ce qui nous situe à l'avant dernière place des pays européens. Ces chiffres sont préoccupants et restent largement supérieurs à ceux de pays comme l'Angleterre qui est passée sous la barre des 20% de fumeurs actuels en 2014 (17% en 2016), un niveau que le Canada (17%), les Etats-Unis (15%) ou l'Australie (12.8%) ont déjà franchi depuis plusieurs années (14). Dans ces pays, la tendance est, contrairement à la France, à une baisse continue de la prévalence du tabagisme depuis le début des années 2000.



Le tabagisme n'est donc pas une fatalité. En France, environ 31 % des 15-75 ans sont des ex-fumeurs. L'envie d'arrêter de fumer est très présente parmi les fumeurs. 70% des fumeurs réguliers ont déjà arrêté volontairement pendant au moins une semaine. Près de 60% des fumeurs actuels déclare souhaiter arrêter de fumer (3). "Faire de la prévention efficace", on le sait, ne consiste pas à rabâcher les effets désastreux de tel ou tel comportement, et encore moins à tambouriner des injonctions normatives. **« La connaissance d'un risque, même important, n'est pas suffisante pour modifier un comportement renforcé par une dépendance »** (15).

A l'international, dans la lutte anti-tabac, de nombreux pays ont mis en place un programme de marketing social « positif » inspiré du grand défi « Quit & Win » de l'OMS, qui vise à soutenir les fumeurs de tous âges souhaitant se libérer du tabac. Ce type de programme s'est développé à l'échelle nationale en premier lieu en Finlande en 1986, et s'est ensuite étendu à l'international avec notamment le Défi « J'arrête, j'y gagne! » au Québec depuis 2000 (16) ou plus récemment la campagne « Stoptober » en Angleterre depuis 2012 (17). 15 à 25 % des fumeurs ayant participé à l'une des différentes campagnes se sont maintenus abstinents un an après.

1.3 La campagne #MoisSansTabac

1.3.1 Inspirée de la campagne anglaise « Stoptober »

Face à la réussite de ces programmes, la France a décidé de s'inspirer de ses voisins et notamment de la campagne anglaise « Stoptober ». Cette dernière est basée sur le fait que **l'utilisation du marketing social peut permettre de modifier les comportements individuels en faveur de comportements et de modes de vie permettant de vivre plus longtemps en meilleure santé**. Stoptober est une campagne nationale répétée en octobre de chaque année conçue entièrement avec les techniques du marketing comme déclic pour arrêter de fumer. Elle facilite l'arrêt du tabac au moyen d'une étape d'arrêt de 28 jours tout en banalisant la participation du fumeur à l'opération sur le mode « tout le monde le fait ». En effet, il a été montré qu'**une personne a 5 fois plus de chances d'arrêter complètement de fumer si elle a été capable de « tenir bon » pendant 28 jours et que la décision d'arrêter de fumer** n'est pas prise par une personne isolément, mais **reflète plutôt les choix de groupes de personnes reliées entre elles** selon le concept de « contagion sociale ». Ainsi, les fumeurs ont deux-tiers (67%) de chances de plus de réussir à arrêter si leur conjoint/e arrête, et un tiers de plus s'il s'agit d'un ami proche (36%) ou d'un collègue de travail (34%) (17). La campagne touche les fumeurs qui pensent ou se préparent à arrêter de fumer, c'est-à-dire les fumeurs au stade d'intention et de préparation du cycle de Prochaska (annexe 7). La campagne touche ainsi la cible la plus encline à se saisir des outils de sevrage.

1.3.2 Présentation de la campagne #MoisSansTabac

En amont de la première campagne de novembre 2016, le président de Santé Publique France, François Bourdillon annonçait : « L'opération intitulée « #MoisSansTabac » sera la première grande expérience de marketing social », « une sorte de Téléthon du tabac ». Il s'agit d'une approche innovante, « fun », positive et fédératrice sous la forme d'un défi collectif national mis en place afin d'inciter un maximum de fumeurs à arrêter de fumer pendant 30 jours (11,12,18).

L'objectif de Santé publique France est de multiplier les incitations à arrêter de fumer tout au long de l'année. Janvier et septembre sont les mois des bonnes résolutions, le 31 mai, la journée mondiale sans tabac. Il manquait un rendez-vous en fin d'année pour susciter un nouvel intérêt pour l'arrêt du tabac, raison pour laquelle la campagne #MoisSansTabac semblait plus intéressante en Novembre.

Cette campagne vise à valoriser ceux qui arrêtent de fumer et ceux qui les aident à tenter d'arrêter de fumer. Ce n'est ni une opération moralisante ni une simple information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac.

L'inscription au défi sur Tabac Info Service (sur le site internet www.tabac-info-service.fr, l'application mobile ou par téléphone au 3989) **est le point d'entrée dans cette opération**. Les fumeurs souhaitant participer à l'opération peuvent **s'y inscrire dès octobre**. Ils ont alors accès à l'aide nécessaire pour tenir les 30 jours. L'entourage souhaitant soutenir un proche peut également s'inscrire, devenir un supporter et accéder à de nombreuses ressources.

Cette campagne propose également des outils pour l'aide au sevrage tabagique parmi lesquels tabac info service (site internet, application smartphone et le 3989) et le **kit d'aide au sevrage tabagique**, une boîte à outil « marketée » qui permet d'arrêter en « autonomie » (18). Ce kit contient :

- **Le guide** « Je me prépare » pour faire le point sur la dépendance, la motivation et les différentes méthodes d'arrêt avant de se lancer.
- **L'agenda**, « 30 jours pour arrêter de fumer » dispense chaque jour encouragements, conseils et activités pour oublier la cigarette.
- **Le dépliant** « Le stress ne passera pas par moi » permet de surmonter les envies de fumer grâce à des exercices de respiration ;
- **Le sticker** « Je retrouve la forme, pas les formes », à coller sur le frigo pour garder la ligne pendant et après l'arrêt ;
- **Un disque** pour calculer les économies réalisées en fonction de sa consommation quotidienne ;
- **Un badge** #MoisSansTabac pour afficher sa motivation.

Les patients peuvent commander gratuitement un kit d'aide à l'arrêt sur le site tabac-info-service.fr en s'inscrivant à #MoisSansTabac ou se le procurer en pharmacie.

En complément, participants et supporters peuvent se retrouver sur la page Facebook Tabac info service, spécialement créée pour l'événement, afin de partager leur expérience et trouver du soutien.

La campagne se déroule en deux temps :

- **Octobre** : information des professionnels de santé (mails, courrier) et démarrage de la phase d'inscription avec médiatisation du 10 au 31 octobre, en amont de la campagne.
- **Novembre** : top départ du défi collectif, poursuite de la médiatisation et organisation d'événements de proximité (consultations d'aide à l'arrêt, défis sportifs, etc.) dans différents lieux (espaces collectifs, espaces de loisirs, espaces commerciaux, en entreprise, etc.) dans le but de soutenir les participants au quotidien partout en France.

Cette campagne déclinée par l'agence de communication DDB offre des visuels aux couleurs vives et emploie un ton systématiquement positif pour développer ces messages (18).

Différents moyens de communications sont utilisés : internet, application smartphone, réseaux sociaux, spots télévisés et radiophoniques, affichages urbains (annexe 1), actions de proximité de soutien et de médiatisation avec notamment une tournée promotionnelle (Roadshow) dans les grandes villes de France. Le slogan relayé est « En novembre, on arrête ensemble ». Les messages diffusés reposent souvent sur un ton humoristique à l'image du partenariat avec la série « Plus belle la vie » et sa websérie mettant en scène les efforts de Stéphane, personnage de la série télévisée, décidant d'arrêter de fumer. Le premier épisode, dont le lien a été diffusé massivement, enregistre 316 000 vues sur Internet en mai 2017. La campagne a également été renforcée par des initiatives privées ; sur YouTube, des humoristes, des associations ou des anonymes ont posté des vidéos pour apporter leur soutien ou témoigner de leurs efforts. On peut citer le clip de la Youtubeuse Swann Périssé « Si la cigarette était une femme » financé par la Fondation du Souffle qui totalise plus de 700 000 vues en mai 2018 en soulignant de manière humoristique les désagréments liés à la cigarette (19).

1.3.3 Partenaires de la campagne #MoisSansTabac

#MoisSansTabac est coordonné au niveau national par Santé publique France, avec l'appui d'un comité de pilotage. Au niveau régional, la campagne est coordonnée par les Agences Régionales de Santé

(ARS), avec le soutien d'un organisme ambassadeur dans chaque région, et de partenaires de l'ARS engagés dans la lutte contre le tabagisme. Les ambassadeurs ont effectué un important travail d'information et de coordination afin de mobiliser de nombreux partenaires. La Nouvelle-Aquitaine est la région qui a mobilisé le plus de partenaires (558 partenaires)(20).

Tableau 1: Les ambassadeurs de #MoisSansTabac par région (21).

| | |
|---------------------------|--|
| Grand-Est | ANPAA |
| Nouvelle-Aquitaine | AGIR33 - ANPAA - ADDICTLIM |
| Auvergne-Rhône-Alpes | IRAAT |
| Bourgogne – Franche-Comté | TABAGIR |
| Bretagne | ANPAA |
| Centre Val de Loire | Mutualité Française |
| Corse | ARS |
| Ile-de-France | Comité de Paris – Ligue contre le cancer |
| Occitanie | Epidaure – pôle de prévention de l'Institut régional du cancer |
| Hauts-de-France | ECLAT – GRAA |
| Normandie | IREPS Haute-Normandie |
| PACA | CRES |
| Pays de la Loire | ANPAA |

L'Assurance Maladie a, quant à elle, lancé, au second trimestre 2016, un appel à projets relayé par 74 CPAM sur 102 et la CGSS. Plus de 140 projets ont ainsi été retenus et financés.

Ces partenariats permettent d'augmenter considérablement la taille de l'opération et sans doute son efficacité. Ils seront à renforcer dans les campagnes futures. En effet, pour améliorer l'impact de telles campagnes sur les populations en nombre absolu de non-fumeurs produits par l'intervention, il faut améliorer prioritairement le taux de participation (22). La médiatisation est donc capitale mais il est également primordial de mobiliser les acteurs de terrain et notamment les médecins généralistes (MG) dans la lutte contre le tabagisme. Nous verrons pourquoi ils ont une place importante en 1.3.5.

1.3.4 Quelques chiffres sur la campagne #MoisSansTabac 2016

1.3.4.1 Coût de l'opération

Pour Santé Publique France (SPF), #MoisSansTabac 2016 représente un budget de 10 millions d'euros dont 90% alloués à la communication. « Une enveloppe considérable pour une opération d'envergure nationale à laquelle est venue s'ajouter la participation des acteurs locaux à leurs propres projets, sur leurs fonds propres » (20).

1.3.4.2 Premiers résultats

Suite à cette première campagne il y a eu (13) :

- **180 000 inscrits au défi** sur le site tabac-info-service.fr ce qui représente environ 1.3% des fumeurs quotidiens français (contre 3.4% des fumeurs anglais inscrits lors du 1^{er} Stoptober)
- 4 fois plus de visites sur tabac-info-service.fr de mi-octobre à mi-novembre (1,3 million)
- 620 000 kits d'aide à l'arrêt du tabac distribués
- 17 000 pharmacies qui ont participé à l'opération
- 100 partenaires nationaux et plus de 3 000 partenaires régionaux, investis partout en France
- 72 000 fumeurs inscrits sur la nouvelle application de coaching Tabac Info Service (TIS)
- 10 000 interactions par semaine et 69 328 likes sur la page Facebook

- En Nouvelle-Aquitaine, plus de 558 partenaires mobilisés (dont 46 dans le Lot-et-Garonne) et plus de 280 actions de proximité recensées

Par rapport à novembre 2015, il y eu (23) :

- Une diminution de la vente de cigarettes de 3.1%
- Une augmentation de la vente des TNS transdermiques de 65,8%
- Une augmentation de la vente de bupropion de 26%
- Une augmentation de forfaits 50€/150€ versés de 12%
- Une augmentation du nombre de nouveaux patients dans les consultations de tabacologie de 24% par rapport à novembre 2015 avec une diminution du pourcentage adressé par un professionnel de santé de 15%, les patients venant d'eux-mêmes pour 44% d'entre eux
- Une augmentation des appels de 1^{er} niveau traités par TIS via le 3989 de 123%

Le baromètre santé 2017 évalue à **380 000 le nombre de tentative d'arrêt liées à #MoisSansTabac**. La campagne aurait touché toutes les catégories sociales. Les premiers résultats du Baromètre santé 2017 (5) sont très encourageants puisque la prévalence du tabagisme en France a diminué mais la contribution de la campagne #MoisSansTabac à ces résultats n'est pas établie. Des analyses supplémentaires sont prévues afin de documenter l'efficacité de cette opération, étudiant le lien entre la fréquence d'exposition au dispositif et la réalisation d'une tentative d'arrêt au dernier trimestre 2016, à partir des données du Baromètre santé 2017. Une autre enquête est conduite en 2018 auprès des répondants ayant fait une tentative d'arrêt lors de #MoisSansTabac 2016. Elle vise à estimer l'impact de ce dispositif sur l'abstinence tabagique à plus long terme. Ces analyses permettront d'approfondir l'étude du lien entre l'opération #MoisSansTabac et l'arrêt du tabac (24).

1.3.5 Place des médecins généralistes dans la lutte contre le tabac et dans la campagne #MoisSansTabac

« L'opération mobilise l'ensemble des professionnels de santé. Médecins généralistes (MG) et spécialistes, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens sont invités à participer activement à cette campagne pour inciter leurs patients au sevrage tabagique. » (11).

Le nombre considérable de fumeurs, dont une grande partie souhaite parvenir à arrêter de fumer, nécessite que le plus grand nombre de professionnels de santé se mobilise et soit acteurs effectifs dans l'aide à l'arrêt du tabac ; d'autant plus que la moitié des fumeurs présente une dépendance au tabac, venant compliquer leur parcours d'arrêt comme en témoigne le faible taux d'arrêt spontané dans les 6 à 12 mois, de l'ordre de 3 à 5%. Le tabac est un produit redoutable par sa capacité à rendre ceux qui le consomment rapidement dépendants. Les études montrent que le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne. C'est pourquoi les fumeurs doivent se voir proposer une aide. Être aidé par un professionnel formé augmente les chances de réussite d'arrêt. En tant que MG, nous disposons d'atouts non négligeables dans la prise en charge de comportements néfastes à la santé. Nous connaissons nos patients, leurs modes de vie, leurs statuts sociaux, leurs états psychiques, leurs dépendances...

Les données de la littérature montrent que le conseil d'arrêt par un professionnel, quel que soit le type de professionnel, augmente la probabilité d'arrêt du tabac à 6 mois de 50% (3). Environ 70 % des fumeurs consultent au moins une fois par an un MG, donnant l'opportunité d'intervenir souvent et de répéter les messages de prévention comme **le conseil minimal à l'arrêt** (25). Or encore trop peu de fumeurs en France reçoivent le conseil d'arrêter de fumer de la part des professionnels de santé. Seuls 27.5% des fumeurs ont reçu des conseils pour cesser de fumer au cours d'une visite de routine avec un professionnel de santé dans les 6 derniers mois, selon l'enquête internationale ITC. Ces résultats situent la France à l'avant-dernière place des 19 pays participants (26).

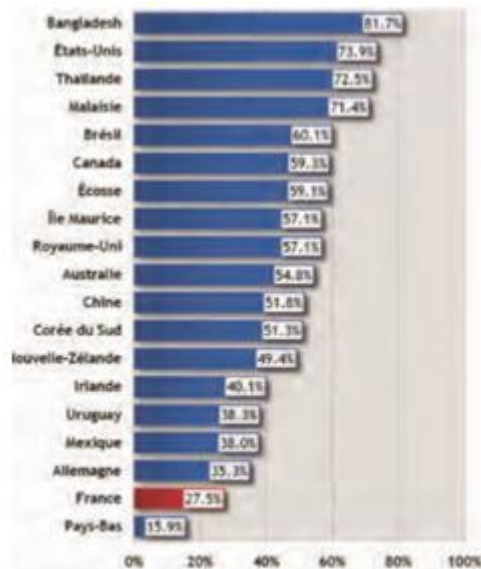


Figure 8: Pourcentage de fumeurs qui ont reçu des conseils pour arrêter de fumer parmi ceux qui ont consulté un médecin dans l'année, par pays (données recueillies entre 2006 et 2009). Source ITC France.



Source: ITC France résultats de la 2ème vague

Figure 9: Type d'aide à l'arrêt reçu par les fumeurs ayant consulté un médecin ou un professionnel de santé en 2008 en France. Source ITC France.

1.3.6 Faible mobilisation des médecins généralistes dans la campagne

Les MG se sont peu impliqués dans la campagne en novembre 2016. Santé Publique France admet que le rôle des MG n'a pas été clairement identifié, ce qui a pu contribuer à leur manque d'investissement. Des problèmes organisationnels internes à la campagne promue trop tardivement dans l'année ont pu entraîner un manque d'information ressenti au sujet de cette campagne par les MG, qui ont été informés peu de temps avant le 1^{er} novembre via mail et courrier et, via une déléguée santé-prévention d'AGIR 33 pour certains médecins de la Nouvelle-Aquitaine.

De multiples autres causes semblent avoir participé à ce manque de mobilisation de la part des MG. C'est pourquoi le Pr Philippe CASTERA a été à l'initiative de sujets de thèse sur #MoisSansTabac en Aquitaine. Ces recherches en cours, dont notre étude fait partie, devraient permettre, entre autres, de clarifier les raisons de cette faible mobilisation.

1.4 Marketing social

1.4.1 Définition

Souvent mal différencié de la prévention, de la promotion, de l'éducation pour la santé ou encore de la communication en santé, le marketing social appelle un travail de définition. Bien qu'il soit couramment mis en œuvre dans de nombreuses actions, il n'existe pas de définition généralement admise. En 1989, KOTLER et ROBERTO considèrent le marketing social comme « le processus d'élaboration d'un programme favorisant l'adoption volontaire de comportements par des publics cibles en proposant des avantages qui réduisent les barrières auxquelles sont confrontés ces mêmes publics, en utilisant la persuasion pour les motiver à participer au programme proposé ». En 1995, ANDRASEN indique quant à lui que le marketing social est « la mobilisation des techniques de marketing commercial à l'analyse, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes qui visent à influencer le comportement volontaire de publics cibles afin d'améliorer leur bien être personnel et celui de leur société ». Plus récemment, Nedra KLINE WEINREICH propose une définition plus pragmatique : « Le marketing social est l'utilisation d'outils issus du marketing commercial afin de

promouvoir l'adoption d'un comportement qui permet d'améliorer la santé ou le bien-être du public cible ou de l'ensemble de la société »(27).

1.4.2 Le changement de comportement au cœur du marketing social

Afin de comprendre les schémas de comportement ainsi que leurs interactions et impacts mutuels, le marketing social s'appuie sur les nombreux travaux réalisés dans les différents domaines comme la psychologie, la sociologie, l'anthropologie. Le comportement peut être déterminé par des facteurs variés : - les connaissances basées sur l'acquisition d'information, de savoirs, d'aptitudes, - les goûts, - les opinions, sentiments et convictions, fonction des valeurs, des représentations, - et d'autres paramètres d'influences extérieurs (contexte local, normes sociales, etc.).

L'information est importante pour éduquer et renseigner les consommateurs mais le niveau de connaissance n'étant pas le facteur unique d'influence du comportement, cela explique que les campagnes purement informatives ne soient pas suffisamment efficaces. Selon KOTLER et ZALTMAN, les techniques du marketing social permettent de faire le lien entre la « simple » possession de connaissances et leur mise en œuvre sociale utile. Afin d'être efficace, il est donc recommandé de faire des campagnes d'incitation au changement de comportement et non de simples campagnes de sensibilisation ou promotion et ceci en prenant en considération tous les facteurs déterminant le comportement (28,29).

Par rapport à des questions de santé, trois principales approches sont mises en œuvre pour influencer le comportement des personnes :

- **l'éducation** : diffusion de messages qui tentent d'informer et/ou de persuader une cible d'adopter de plein gré le comportement désiré.
- **le marketing** : tentative de modifier le comportement dans un cadre d'échange volontaire en proposant des incitations et/ou des conséquences motivantes.
- **la réglementation** : elle peut être de deux types : - contraignante par l'utilisation de la force / autorité pour punir le comportement inapproprié ou la non-application de la réglementation. Elle oblige alors la cible à adopter le comportement désiré ; - incitative par l'adoption d'outils qui encouragent à adopter le comportement désiré.

Ces instruments sont complémentaires. Toutefois, le management des comportements individuels et collectifs sur des questions de santé ou des enjeux sociaux est souvent basé sur l'éducation et la réglementation (sous sa forme contraignante le plus souvent), en négligeant la voie du marketing et de l'échange. En effet, le marketing social, en tant que seule approche pour changer les comportements, est souvent critiqué, car il est difficile de promouvoir les avantages immédiats de choix de style de vie sains. Cependant, il est prouvé que le marketing social permet d'améliorer l'efficacité de nombreux programmes de prévention en ciblant une population particulière. Les programmes marketing analysés et efficaces se déroulaient dans des contextes et des milieux variés (lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, les drogues illicites, promotion de l'activité physique et nutrition ; à l'école, en entreprise, etc.) et sur des cibles différentes (population défavorisée, adolescents, professionnels de santé, grand public, etc.). Par conséquent, les techniques de marketing social sont complémentaires à l'éducation et à la réglementation et ne doivent pas être négligées (30).

1.4.3 La démarche du marketing social (annexe 2)

Le marketing social s'appuie sur les outils du marketing commercial pour promouvoir l'adoption d'un comportement permettant un gain social pour le public cible. La démarche de marketing social est analogue à celle du marketing commercial dans le sens où elle repose sur une approche systématique basée sur des diagnostics préalables et non sur les représentations ou les hypothèses de l'instigateur.

Les stratégies de marketing social s'articulent autour d'étapes clés présentées ci-dessous (27,29,30):

- Etape 1 : comprendre les comportements de la cible visée (via des questionnaires, entretiens, analyse de la littérature et recherches scientifiques sur le domaine) en tenant compte des souhaits, attentes, représentations et barrières au comportement attendu
- Etape 2 : tenir compte de la "concurrence" du comportement préconisé, c'est-à-dire du marketing commercial notamment des industries du tabac, de l'alcool et de l'agro-alimentaire...
- Etape 3 : segmenter la population et cibler le public visé (programmes différenciés selon les âges, le sexe, la communauté etc.)
- Etape 4 : fixer des objectifs réalistes en lien avec le comportement préconisé
- Etape 5 : mettre en place une stratégie d'actions, s'inspirant des 4P (Produit, Prix, Place, Promotion) du marketing commercial. Il s'agit de proposer 4C : un **Comportement** à un public cible, pour un **Coût** minimal, avec une **Capacité** d'accès au comportement et une campagne de **Communication** pour le promouvoir. La stratégie doit contribuer à créer des communautés et des environnements qui permettent le changement
- Etape 6 : l'évaluation du programme en lien avec l'objectif

A l'échelle d'une consultation, le médecin généraliste peut faire du « marketing personnalisé » auprès de son patient qu'il connaît bien. En se référant aux stades de changements du cycle de Prochaska (annexe 7), en adaptant son discours et en utilisant les outils appropriés (pour certains « marketisés »), le médecin peut proposer une approche individualisée plus percutante.

1.4.4 Le marketing social en santé publique

Face aux grands problèmes de santé publique tels que le tabac, l'alcool ou encore l'insécurité routière, les programmes développés en prévention et promotion de la santé rencontrent des difficultés pour renouveler leurs messages et être efficaces. Les stratégies commerciales offensives et le lobbying des entreprises accentuent ces difficultés. A cela s'ajoute l'évolution des modes de vie, caractérisée par la société de consommation, imposant aux politiques de santé publique la mise en place d'approches innovantes pour améliorer l'état de santé de la population. Face aux conclusions positives de nombreux programmes d'incitation, des acteurs de la santé publique se sont prononcés en faveur du marketing social. Des publications dans des revues renommées (American Journal of Public Health, British Medical Journal) ont encouragé ce mouvement (30).

Cependant il existe de nombreuses barrières quant à son utilisation, du fait de son coût, d'un problème de formation des acteurs de santé publique ou encore du fait de problèmes éthiques. Concernant son coût, le marketing social doit faire face à de fortes contraintes budgétaires, rarement rencontrées dans le marketing commercial. Ainsi, dans les programmes de marketing social, le budget n'est souvent pas suffisant pour couvrir l'ensemble des activités marketing (l'analyse de la cible, le développement du programme marketing, son évaluation...) et le budget marketing n'est pas disponible en continu, mais seulement sur du court / moyen terme. Concernant le manque de formation, il est observé que des acteurs de santé publique et du développement (institutions publiques, ONG, etc.) ont souvent une « culture marketing » très limitée, ce qui influence la façon dont est mise en pratique la démarche marketing. Le marketing est souvent confondu avec la communication, la promotion et la commercialisation et il n'est pas intégré dans les projets comme une démarche globale. La confusion peut venir des différents sens du verbe « to market » qui veut dire à la fois vendre, lancer sur le marché et trouver des débouchés pour...

Malgré ces barrières, le marketing social est de plus en plus utilisé pour lutter contre des problèmes de santé publique.

1.4.4.1 Applications dans le monde

A l'origine le marketing social a été mis en œuvre par les pays anglo-saxons industrialisés (Australie, Canada, Etats-Unis et Royaume-Uni principalement) et les organisations internationales, dans le cadre de programmes liés à la santé et axés sur les questions de contraception, de lutte contre le SIDA, de nutrition, de lutte contre le tabagisme, les abus de drogues et d'alcool, de maîtrise de l'énergie ou encore de sécurité routière...

Par exemple, l'ONU a instauré, depuis 1996, un programme afin de lutter contre le VIH (programme ONUSIDA). Ces actions de Marketing Social du Préservatif (MSP) ont été instaurées dans plus de 50 pays en voie de développement, principalement en Afrique et en Asie, en se concentrant sur les personnes les plus défavorisées. Ils ont utilisé les techniques de marketing notamment concernant la distribution, l'objectif étant de rendre le préservatif accessible (via les supermarchés et les distributions alternatives dans les lieux dits à risque (bars, boîtes de nuit, etc.)) et de le « banaliser » à l'achat. Ils ont également fait une communication marketing dans le but d'encourager à utiliser le préservatif.

Citons aussi la campagne américaine VERB visant à lutter contre l'obésité des jeunes américains. De juin 2002 à septembre 2006, cette campagne de santé publique a promu aux jeunes américains de 9 à 13 ans l'activité physique comme une façon intéressante et facile d'avoir du plaisir avec ses amis. Les messages véhiculés ont tenu compte des différents facteurs d'influence de la pratique d'activité physique. Elle a donc mis l'accent sur le côté positif et "branché" de l'activité physique, sur l'aspect plaisir et non compétitif du sport, mais aussi les normes sociales qui peuvent encourager ou décourager la pratique sportive. La marque VERB a été créée avec des produits spécifiques, les jeunes étant très sensibles aux marques, qui engendrent des phénomènes de mode et un sentiment d'appartenance. Cette campagne a été entièrement pensée et réalisée dans une logique pleinement marketing comme en témoigne l'utilisation de slogans, la création d'une marque, l'utilisation tout au long de la campagne des canaux d'information privilégiés par la cible (télévision, internet) et le concours de personnes charismatiques chez les jeunes (sportifs ou célébrités), dits influenceurs.

L'OMS de son côté a mis en place de nombreux programmes de lutte contre les flambées épidémiques. Elle utilise sa propre méthode, la méthode COMBI (Communication pour un impact comportemental) qui n'est rien d'autre que du marketing social (31).

1.4.4.2 Applications en France

En France le terme de marketing renvoie à des représentations historiques et culturelles impliquant une logique marchande, et incompatible avec la conception que l'on a du champ social. Les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social utilisant le marketing social sont exposés à des critiques quant à leurs actions. Il est donc rare de s'appuyer sur la démarche et les principes du marketing social pour élaborer des programmes de prévention. Les raisons de cette attitude de défiance sont variées. Quand on parle de marketing social, certains pensent manipulation, problèmes éthiques, campagnes publicitaires onéreuses dans les médias, campagnes qui font peur, incompatibilité avec l'éducation pour la santé ou la promotion de la santé, etc. L'association « marketing » et « social » semblerait être contradictoire. Pour autant, comme exposé précédemment, cette apparente opposition n'est-elle pas dépourvue de sens. Si le marketing social connaît des limites inhérentes à toute méthode, il apparaît cependant comme un outil pertinent et complémentaire avec les stratégies classiques de promotion de la santé, au service des grands enjeux de santé publique. (30)

Peu à peu, la vision des acteurs de santé publique français évolue. Le marketing social est de plus en plus cautionné par les experts, et ce, de façon directe ou indirecte. En 2001, Dr BERARD A., un médecin de santé publique, économiste de la santé ayant publié dans une revue de l'Assurance maladie affirmait que « l'application du marketing social [était] rigoureuse et coûteuse car pas encore intégrée dans le paysage sanitaire et social du pays [mais que] la nécessité d'une meilleure efficacité des

campagnes visant le public, [amènerait] tout naturellement le marketing social au-devant de la scène politique de la santé »(32).

Dans les faits, de nombreux programmes français font appel au marketing social mais le mot est volontairement non utilisé pour des raisons idéologiques et éthiques. La dénomination heurte dans le cadre d'une démarche de promotion et de prévention en santé alors que la méthodologie employée est la même(27). Le programme « Octobre Rose » ou encore la campagne « *les antibiotiques c'est pas automatique* » en sont l'exemple. Rares sont les programmes qui revendiquent faire appel au marketing social. En plus de la campagne #MoisSansTabac, on peut citer le programme VIF « *Vivons en forme* » mené par l'association FLVS « Fédérons Les Villes pour la Santé ». Il agit pour la prévention de la santé et l'accompagnement au changement de comportement (alimentation et activité physique) des familles, son but étant de prévenir l'obésité chez l'enfant, de garantir la santé et le bien-être de tous et de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé en matière d'alimentation et d'activité physique. Les investigateurs du programme ont clairement fait appel à l'agence LinkUp qui accompagne FLVS/VIF dans la mise en œuvre d'une stratégie de marketing social permettant de changer les comportements et participe à la réalisation des outils thématiques en collaboration avec l'association FLVS et le comité d'experts. 250 villes françaises participent à ce programme. Les premiers résultats sont encourageants et mettent clairement en évidence le recul de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans les villes concernées (33).

1.4.5 Vécu personnel

Au cours de mes stages en ambulatoire, j'ai été personnellement confrontée à des patients ayant des comportements néfastes pour leur santé. Pour une minorité d'entre eux, il s'agissait du motif de consultation mais pour la plupart, je les amenais à parler de leur mode de vie et de leurs habitudes. J'ai depuis longtemps un attrait pour la prévention et l'éducation pour la santé ; j'ai toujours essayé d'impliquer les patients dans leur santé qu'ils soient malades ou en bonne santé. Au cours de mon SASPAS, j'ai pu prendre le temps de m'investir systématiquement dans quelques domaines de prévention et d'éducation pour la santé ayant eu la chance de débiter par des créneaux de consultations de 30 minutes. Beaucoup de patients semblaient satisfaits de cet échange mais je sentais bien que je parlais au « feeling » sans cadrage et que ces consultations prenaient beaucoup de temps et n'avaient que très peu amené au changement... J'ai eu quelques succès, sources de grande satisfaction. J'ai eu de nombreux échecs, notamment dans le cadre du sevrage tabagique, alcoolique ou dans le cadre d'obésité avec désir de perte de poids. Je me suis ainsi intéressée aux différentes techniques permettant de motiver le changement des comportements afin d'être plus performante. J'ai été très vite interpellée par le marketing social et me suis initialement interrogée sur la place des techniques marketing pour amener le patient à changer de comportements en médecine générale. Bien que ces dernières soient associées à des représentations négatives dans le milieu médical, j'étais persuadée que certains outils marketing pouvaient avoir une place dans ma pratique et me rendre plus pertinente. Je n'avais jamais jusqu'alors utilisé ces techniques, ou tout du moins consciemment, lorsque j'ai eu la visite d'une déléguée d'AGIR 33 au cours d'un remplacement en octobre 2016. Elle était venue me présenter la première édition de #MoisSansTabac, première campagne nationale revendiquant son caractère innovant faisant appel au marketing social. L'aspect défi collectif positif et festif m'a immédiatement séduite. Mais j'ai vite constaté des problèmes organisationnels inhérents à la campagne. Moins de deux semaines avant le lancement de la campagne, la déléguée n'avait toujours pas connaissance du programme des événements locaux organisés dans le Lot-et-Garonne. Elle ne m'a pas précisé non plus quel était le rôle attendu des MG et ne m'a pas présenté le kit. Seule une affiche m'a été donnée ; je ne l'ai pas utilisée car le médecin remplacé ne l'a pas souhaité. J'ai malgré tout un peu communiqué verbalement sur la campagne après son passage. Je n'ai pour autant pas relayé sur les actions locales en dehors des consultations sevrage sans délai, les autres actions étant quasiment inexistantes ou ne m'ayant pas semblé percutantes. Il m'a semblé intéressant : - d'évaluer la place des techniques marketing pour amener aux changements en médecine générale en prenant en exemple

#MoisSansTabac ; - et de trouver des idées pour améliorer la campagne, notamment du point de vue de l'implication des acteurs locaux (dont les MG) et ce en particulier dans les zones où le niveau de vie est faible comme le Lot-et-Garonne, mon cher département d'adoption (34).

1.4.6 Une crainte du marketing social au sein de la médecine générale ?

Le marketing social suscite des craintes d'un point de vue éthique (27). Les médecins ne sont pas formés à utiliser des outils issus du marketing social et sont probablement craintifs quant à leur utilisation. Même si les objectifs finaux sont très différents entre marketing commercial et médecine, dans les deux domaines, nous sommes amenés à motiver les gens. Il est temps de réconcilier les médecins français avec le marketing social, en leur montrant qu'il peut constituer un outil sur lequel s'appuyer pour motiver leurs patients à adopter un meilleur comportement pour leur santé, et en particulier ici à arrêter de fumer. Le MG, de par sa proximité avec le patient, est un interlocuteur privilégié (19) ; de par l'utilisation de ce programme marketing, il augmentera les chances d'amener le patient à s'inscrire au défi augmentant ses chances d'arrêter de fumer sur le long terme.

1.5 Problématique

« Ce qui marche c'est de pousser les gens à faire quelque chose qu'ils désirent faire, ce qui signifie essayer de découvrir les objectifs personnels des gens pour orienter ce que nous faisons en fonction du contexte »(36). Habituellement ce sont les médecins qui s'efforcent de s'adapter à chacun de leurs patients en les aidant à se fixer des objectifs personnels pour les motiver à adopter un meilleur comportement pour leur santé.

Ici, j'ai souhaité aller au plus près de médecins généralistes (MG) du Lot-et-Garonne dans le but de connaître les raisons de ce manque de participation des MG à la campagne #MoisSansTabac 2016 afin de trouver des pistes d'amélioration.

Existe-t-il des freins, des appréhensions qui empêchent les MG de s'impliquer dans la campagne ? Certains voient-ils un bénéfice à s'impliquer ? Ont-ils une défiance pour l'outil ou pour le message de l'autorité de santé ? Ont-ils une inertie au changement ? S'impliquent-ils dans la prévention et en ont-ils le temps ? Les MG voient-ils dans cette campagne un facilitateur à la prise en charge du tabagisme ?

La problématique de notre étude est d'identifier comment motiver les MG à s'impliquer dans la campagne #MoisSansTabac.

1.6 Objectifs de l'étude

1.6.1 Objectif principal

L'objectif principal est de **recueillir les opinions et les pratiques des MG du Lot-et-Garonne vis-à-vis de la campagne #MoisSansTabac 2016. L'analyse de ces données tentera de faire émerger les propositions d'amélioration des prochaines campagnes.**

1.6.2 Objectif secondaire

L'objectif secondaire est de recueillir les représentations et le vécu du marketing social auprès des MG.

Par l'utilisation du Focus Group qui favorise l'échange de pratiques, notre étude peut permettre également aux médecins d'approfondir leurs connaissances de #MoisSansTabac et du marketing social.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1 Type de l'étude et raisons de ce choix

Il s'agit d'une étude qualitative, cette méthode étant adaptée à l'exploration des représentations, des idées des participants sur un sujet ciblé (37). Cette méthode permet d'appréhender les expériences, le vécu et le ressenti vis-à-vis d'une pratique.

Des entretiens de groupe (focus groups) semi-dirigés (questions ouvertes) ont été préférés à la réalisation d'entretiens individuels pour de nombreuses raisons. Le focus group est une technique d'entretien qui permet de favoriser l'expression des participants, les échanges favorisant l'émergence des opinions, du vécu et des représentations de chacun comme une réaction en chaîne. Cette technique repose sur l'idée que la pensée résulte d'un processus de construction qui s'effectue via la parole, dans un contexte social, c'est-à-dire dans un cadre collectif et contradictoire. L'intérêt de cette méthode est de saisir les prises de position en interactions les unes avec les autres. Elle permet l'analyse des significations partagées et du désaccord grâce à la prise en compte des interactions sociales (38).

Cette méthode est particulièrement adaptée à l'objectif de cette étude.

2.2 Echantillonnage

2.2.1 Critères d'inclusion

Les participants choisis sur la base du volontariat devaient remplir toutes les conditions suivantes :

- être MG libéral
- installé, collaborateur ou remplaçant
- exerçant en soins primaires seul ou en groupe
- exerçant dans le Lot-et-Garonne dans la période octobre à décembre 2016

2.2.2 Critères d'exclusion

Etaient exclus :

- Les médecins n'ayant eu aucune activité libérale entre octobre et décembre 2016, #MoisSansTabac ayant eu lieu en novembre 2016
- Les médecins ayant exclusivement une activité hospitalière

2.2.3 Recrutement

Il a été basé sur un échantillonnage raisonné à variation maximale. Il n'a pas pour but d'obtenir un panel significatif de participants représentatifs de la population de l'étude mais il permet la sélection à travers un large spectre de candidats concernés par le sujet de l'étude afin d'obtenir un échantillonnage hétérogène.

Différents critères susceptibles d'influencer les réponses des médecins ont été identifiés, a priori, dans le but d'obtenir un large éventail de réponses. Ils comprenaient l'âge, le sexe, le mode et lieu d'exercice, le statut tabagique, le statut universitaire (maître de stage ou non), une formation sur le tabac et le mode de pratique de l'aide au sevrage.

Un des préalables était, de plus, de créer les meilleures conditions possibles pour que les participants, non jugés, se sentent à l'aise pour :

- 1) Exprimer leur point de vue
- 2) Échanger en toute sérénité : - des aspects qui les opposent, qui les relie, - des nuances entre leurs représentations, leurs a priori ou leurs opinions.

Des groupes trop hétérogènes peuvent nuire à cela.

Face à ces préoccupations qui semblent difficilement compatibles et après conseils du Pr Philippe CASTERA, enseignant du DMG, il a été décidé que le premier focus group se fasse auprès d'un groupe déjà constitué afin de privilégier les échanges. C'est pourquoi, des médecins participants à un groupe de pairs ont été sollicités par mail. L'un des groupes a été volontaire pour participer à cette étude.

Par la suite, des groupes ont été spécifiquement créés pour l'occasion. La méthode « boule de neige » de proche en proche a été utilisée en sollicitant des contacts personnels et les médecins du premier focus group. Ils ont orienté vers des participants possiblement intéressés après indications sur les profils de MG recherchés.

Une invitation par mail (annexe 3) a également été envoyée à tous les MG du Lot-et-Garonne via le conseil départemental de l'ordre des médecins.

Le 3^{ème} groupe a été difficile à constituer. En plus des précédents moyens de recrutements déjà cités, certains médecins ont été sollicités et recrutés au cours d'une soirée de formation sur la BPCO. Il leur a été remis un flyer semblable à l'annexe 3. D'autres médecins ont été sollicités par prospection téléphonique.

Un courriel et/ou un SMS de confirmation a été envoyé aux participants en précisant la date, l'horaire et le lieu de la réunion.

2.2.4 Difficultés rencontrées

Près de quatre cents médecins contactés par courriel via le CDOM n'ont pas répondu. Plus de vingt médecins rencontrés ou contactés par téléphone ont refusé de venir. Trois médecins ayant accepté l'invitation ne sont pas venus (deux sans excuse et un pour maladie). Les principales causes de refus étaient une indisponibilité et un manque d'intérêt pour le sujet. Certains ont eu peur qu'il s'agisse d'une évaluation des connaissances malgré la formulation claire et explicite de l'invitation à participer à l'enquête.

2.3 Recueil de données

2.3.1 Déroulement des entretiens

Lors de leur arrivée, les participants étaient informés par la thésarde du déroulement de la séance ainsi que de l'enregistrement de l'entretien. Les caractéristiques de chacun des participants ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire (annexe 4). Les médecins s'installaient autour d'une table pour former un cercle plus favorable à l'échange et à la dynamique de groupe. Chaque participant recevait alors un numéro d'identification permettant l'anonymisation ultérieure des données. La séance débutait par une présentation de l'objectif de l'étude par la thésarde. C'est à ce moment-là que les participants découvraient le sujet précis de l'entretien. L'animateur débutait l'entretien en s'appuyant sur un guide d'entretien qualitatif (annexe 5). La thésarde a été l'observatrice de chaque focus group. Elle était chargée de noter les idées clés, l'ordre de prise de parole et les interactions non-verbales des participants.

2.3.2 Elaboration et évolution du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré en trois axes, pour explorer :

- comment les médecins avaient vécu #MoisSansTabac,
- quelles étaient leurs représentations du marketing social dans leur pratique médicale
- et quelles étaient leurs propositions pour une meilleure implication des MG du Lot-et-Garonne dans la campagne #MoisSansTabac.

Le guide d'entretien a été réalisé en posant des questions ouvertes permettant les échanges et des questions de relance pour aider si nécessaire la prise de parole.

Une 4^{ème} partie a consisté à ce que la thésarde informe chaque participant sur la campagne #MoisSansTabac en présentant les raisons, les moyens utilisés, les objectifs et les premiers résultats de la campagne.

Ce guide a légèrement évolué pour le 3^{ème} groupe. Afin que la critique soit des plus constructives, notamment pour ceux qui n'auraient pas été informés de la campagne ou partiellement, il a été décidé, au cours des focus groups suivants, de présenter une partie de #MoisSansTabac au cours de la 2^{ème} partie du guide d'entretien. Le kit d'aide au sevrage leur a été présenté. Le principe de défi collectif leur a été expliqué, appuyé sur quelques exemples d'actions de terrain menées en Nouvelle-Aquitaine.

2.3.3 Retranscription

Les interventions enregistrées de chaque focus group ont été retranscrites dans leur intégralité par la thésarde. Les retranscriptions des trois focus group sont disponibles sur le lien suivant : https://drive.google.com/file/d/1r1DdQ_tRNZaXRmTEhhWioHAgqbKBfrH8/view?usp=sharing

2.4 Analyse

2.4.1 Analyse par rétroaction immédiate

Une validation des données par les participants a été proposée tout au long des entretiens via une synthèse orale des idées clés en les reformulant. L'objectif était de vérifier que les idées relevées correspondaient bien à ce qu'ils avaient dit pendant la discussion.

2.4.2 Analyse inspirée de la théorisation ancrée

Les données recueillies ont fait l'objet de nombreuses relectures avant d'être analysées. Une analyse thématique des entretiens anonymisés, devenus verbatim (représentant les données brutes de l'enquête) a été réalisée selon le principe de la théorisation ancrée adaptée par P. Paillé (39). Cette analyse a été faite à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo version 11. L'analyse et le recueil de données ont été réalisés en parallèle avec un va-et-vient entre la théorie et le terrain dans un but de comparaison constante. L'analyse des données a permis de faire émerger les différentes idées issues du verbatim grâce à un processus de codage inductif (voir ci-dessous).

2.4.2.1 Codification et catégorisation

Le principe du codage inductif est de partir de données spécifiques pour faire émerger des idées plus générales. L'analyse s'est donc déroulée en plusieurs parties. La première consistait à décontextualiser le verbatim en les découpant en unités de sens. Les unités de sens similaires ont été codées sous forme de « nœuds ». Ces nœuds ainsi obtenus ont été regroupés en catégories selon des liens logiques. Les

catégories créées ont été recontextualisées afin de les confronter à la question de recherche. La catégorisation a évolué au fil des entretiens.

Ces données ont fait l'objet d'un double codage par deux investigateurs différents. Les résultats ont été mis en commun avec comparaison des densités de codage, discussion jusqu'à l'harmonisation pour obtenir un consensus sur les points de discordance.

2.4.2.2 Exploitation des données

Les données ont été exploitées par la suite selon les focus groups et selon les caractéristiques des participants. Les éléments les plus pertinents ont été synthétisés sous forme de graphiques.

2.4.3 Saturation des données

Le nombre de focus group n'a pas été prédéfini. L'objectif était de recruter 6 à 10 médecins par focus group jusqu'à saturation des données, point à partir duquel aucune nouvelle catégorie n'est recueillie. Le 3^{ème} focus group n'a pas apporté de nouvelle catégorie. La saturation des données a donc été atteinte.

2.5 Ethique

2.5.1 Consentement des participants

Le consentement des participants a été recueilli avant le début de chaque entretien.

2.5.2 Anonymisation des données

L'anonymisation des participants et des lieux et personnes cités a été faite lors de la retranscription de chaque entretien.

2.5.3 Procédures réglementaires et éthiques

Conformément à la loi Jardé, il n'est pas nécessaire de soumettre au Comité de Protection des Personnes (CPP) les recherches portant sur les pratiques professionnelles et les recherches reposant sur des questionnaires et entretiens auprès des professionnels de santé (40).

3. RESULTATS

3.1 Description des focus groups et caractéristiques des participants

La saturation des données a été obtenue lors du troisième focus group. Les trois focus groups ont eu lieu entre le 11 mai et le 3 octobre 2017. Ils étaient constitués respectivement de 7, 7 et 8 participants. Un médecin du deuxième focus group a été exclu exerçant exclusivement à l'hôpital en tant que tabacologue au moment de la campagne #MoisSansTabac. Le premier focus group a été animé par le Dr Jean-Baptiste Le Taillandier de Gabory, le directeur de thèse et les deux suivants par le Dr Bounthanousone Nammathao un MG volontaire intéressé par l'étude. Les focus groups ont eu lieu dans une salle de réunion d'un hôtel pour les deux derniers focus groups et au domicile d'un des médecins participants pour le premier focus group, lieu de réunion habituel de leur groupe de pairs. Chaque entretien a eu lieu le soir avec buffet dinatoire offert aux participants afin de créer une ambiance conviviale propice aux échanges. Les soirées ont été financées par AGIR33. Les entretiens ont duré entre 1h38 et 1h50 (cf tableau I). Ils ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones.

Pour respecter l'anonymat des participants, ceux-ci ont été identifiés par des numéros «M1, M2, M3, M4, ... ». Les participants du premier focus group sont donc identifiés de M1 à M7, ceux du second focus group de M8 à M14 et ceux du troisième focus group de M15 à M22.

Tableau II : Description des entretiens

| | Date | Lieu | Animateur | Nombre de participants | Durée de l'entretien | Cas | Sexe | Nombre de références encodées | Pourcentage de couverture d'un participant par focus |
|-------------------------|---------|---|---------------------------------|------------------------|----------------------|-----|------|-------------------------------|--|
| 1er focus group | 11/5/17 | Port-Sainte-Marie au domicile d'un des participants | Docteur Jean-Baptiste De Gabory | 7 | 1h38 | M1 | H | 34 | 10,63 |
| | | | | | | M2 | H | 78 | 11,35 |
| | | | | | | M3 | H | 38 | 7,84 |
| | | | | | | M4 | H | 64 | 23,74 |
| | | | | | | M5 | F | 63 | 7,5 |
| | | | | | | M6 | F | 60 | 6,19 |
| | | | | | | M7 | F | 66 | 7,88 |
| | | | | | | | | Total = 403 | |
| 2ème focus group | 23/5/17 | Agen au Stim'Otel dans une salle de réunion | Docteur Nousone Nammathao | 7 | 1h42 | M8 | F | 39 | 6,02 |
| | | | | | | M9 | H | 42 | 7,53 |
| | | | | | | M10 | F | 59 | 7,74 |
| | | | | | | M11 | F | 37 | 12,17 |
| | | | | | | M12 | H | 42 | 10,2 |
| | | | | | | M13 | H | 51 | 13,68 |
| | | | | | | M14 | H | 67 | 22,51 |
| | | | | | | | | Total = 337 | |
| 3ème focus group | 3/10/17 | Agen au Stim'Otel dans une salle de réunion | Docteur Nousone Nammathao | 8 | 1h50 | M15 | H | 194 | 29,53 |
| | | | | | | M16 | F | 58 | 2,65 |
| | | | | | | M17 | H | 23 | 3,26 |
| | | | | | | M18 | F | 84 | 10,47 |
| | | | | | | M19 | H | 58 | 7,04 |
| | | | | | | M20 | H | 110 | 16,43 |
| | | | | | | M21 | H | 64 | 7,38 |
| | | | | | | M22 | H | 74 | 9,63 |
| | | Total = 665 | | | | | | | |

Huit femmes et quatorze hommes ont participé à l'étude. La moitié était âgée de moins de 39 ans. Deux avaient entre 40 et 49 ans, cinq entre 50 et 59 ans et quatre entre 60 et 69 ans. Dix participants étaient maîtres de stage universitaires et recevaient ainsi des internes en stage ambulatoire. Dix-neuf des vingt-deux participants ont déclaré pratiquer l'aide au sevrage dont quatre ont suivi une formation spécifique sur le tabac. Parmi les dix-neuf participants pratiquant l'aide au sevrage, seize pratiquaient également le suivi du sevrage tabagique. Dix-neuf participants orientaient de temps en temps leurs patients tabagiques à des spécialistes. Deux des six participants ne réalisant pas de suivi, déclaraient ne pas orienter vers un spécialiste (cf tableau II).

Tableau III : Caractéristiques des participants

| Cas | Focus group | Sexe | Age | Fumeur | Distance hopital | Cabinet exercice | Exercice | Formation tabac | Maitre de stage | Statut | Pratique de l' aide au sevrage | Suivi du sevrage | Orienté vers spécialiste |
|-----|-------------|-------|----------|--------|------------------|------------------|----------|-----------------|-----------------|---------------|--------------------------------|------------------|--------------------------|
| M1 | 1 | homme | 40-49ans | oui | 10-20km | de groupe | mixte | non | oui | collaborateur | oui | oui | oui |
| M2 | 1 | homme | 40-49ans | non | >20km | individuel | mixte | non | oui | installé | oui | oui | oui |
| M3 | 1 | homme | 30-39ans | non | 10-20km | de groupe | libéral | non | non | collaborateur | oui | oui | non |
| M4 | 1 | homme | 30-39ans | non | >20km | de groupe | mixte | non | oui | installé | oui | oui | oui |
| M5 | 1 | femme | 30-39ans | non | 10-20km | de groupe | libéral | non | non | installé | oui | non | oui |
| M6 | 1 | femme | 30-39ans | non | <10km | individuel | libéral | non | non | installé | oui | oui | oui |
| M7 | 1 | femme | 30-39ans | non | >20km | de groupe | libéral | non | non | collaborateur | oui | non | oui |
| M8 | 2 | femme | 30-39ans | non | <10km | de groupe | libéral | non | oui | installé | oui | oui | oui |
| M9 | 2 | homme | 60-69ans | non | <10km | individuel | mixte | non | non | installé | oui | oui | oui |
| M10 | 2 | femme | 50-59ans | non | <10km | de groupe | mixte | oui | oui | installé | oui | oui | oui |
| M11 | 2 | femme | 50-59ans | non | 10-20km | de groupe | libéral | non | oui | installé | oui | oui | oui |
| M12 | 2 | homme | 60-69ans | non | <10km | de groupe | libéral | non | oui | installé | oui | oui | oui |
| M13 | 2 | homme | 60-69ans | non | <10km | individuel | mixte | oui | oui | installé | oui | oui | oui |
| M14 | 2 | homme | 50-59ans | non | <10km | individuel | libéral | non | oui | installé | non | non | oui |
| M15 | 3 | homme | 60-69ans | non | <10km | de groupe | libéral | oui | non | installé | oui | oui | oui |
| M16 | 3 | femme | 50-59ans | non | <10km | de groupe | libéral | non | oui | installé | oui | oui | oui |
| M17 | 3 | homme | 30-39ans | non | <10km | de groupe | libéral | non | non | remplaçant | oui | oui | oui |
| M18 | 3 | femme | 30-39ans | non | >20km | MSP | libéral | oui | non | installé | oui | non | non |
| M19 | 3 | homme | 30-39ans | oui | <10km | de groupe | libéral | non | non | remplaçant | non | non | non |
| M20 | 3 | homme | 30-39ans | non | <10km | individuel | libéral | non | non | installé | non | non | oui |
| M21 | 3 | homme | 50-59ans | non | <10km | individuel | libéral | non | non | installé | oui | oui | oui |
| M22 | 3 | homme | 30-39ans | non | 10-20km | de groupe | libéral | non | non | installé | oui | oui | oui |

3.2 Analyse thématique

Les résultats de l'analyse thématique des verbatims sont présentés puis justifiés par certains extraits d'entretien. Les résultats ont été hiérarchisés selon la fréquence de l'encodage de chaque catégorie et nœud. Pour faciliter la lecture, les extraits sont écrits en gris. Une synthèse des résultats est disponible en annexe (annexe 9).

3.2.1 Opinions de médecins généralistes sur #MoisSansTabac

3.2.1.1 Concernant la communication

❖ *Campagne passée inaperçue*

Tous les médecins sont unanimes pour dire que la campagne est passée relativement inaperçue aussi bien du côté du médecin que du patient.

M17 : « C'est passé un peu à la trappe tout ça. »

Différentes raisons ont été évoquées.

➤ **Médecins non ou mal informés**

Les MG ne savaient pas qu'ils étaient concernés par la campagne. Ils ont tous déploré l'absence ou le manque d'information à leur égard en tant que professionnel de santé. Ils n'ont pas eu connaissance des objectifs de la campagne, ni du kit et de son contenu. Si l'information a été délivrée, ils n'en ont pas le souvenir.

● **Information non reçue**

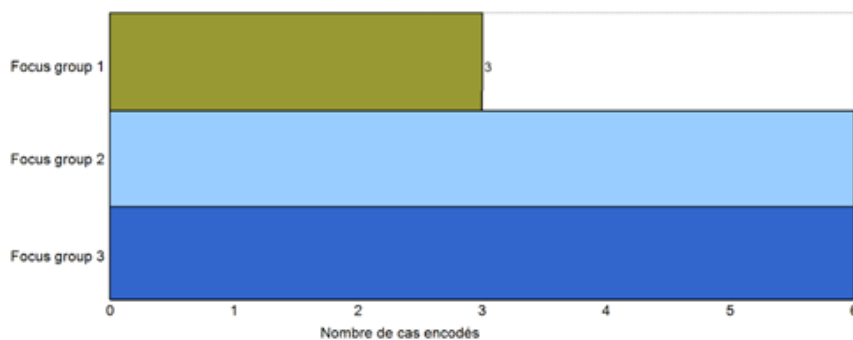


Figure 8: Information non reçue - Encodage par élément

Quinze médecins sur vingt-deux ont déclaré ne pas avoir été informés en tant que professionnel de santé ou ne pas en avoir le souvenir. Ils ne savaient pas que les MG étaient impliqués.

M8 : « Je n'ai pas souvenir d'avoir reçu de documents ou de choses particulières par rapport au #MoisSansTabac [...] donc soit j'ai vu ces documents et ils ne m'ont pas interpellé soit je ne les ai pas reçus. En tout cas je n'avais pas connaissance de cette campagne si ce n'est dans ma vie plus personnellement. »

Lorsque les médecins sont informés, au cours du focus group, qu'ils ont reçu un mail, ils n'en ont pas le souvenir et en concluent donc que l'information n'était pas adaptée tout du moins dans la forme.

M14 : « A titre professionnel je ne me souviens pas avoir reçu quoi que ce soit ou alors ça a été du classement vertical vite fait bien fait parce que pas mis en évidence. [...] A partir du moment où on ne s'en souvient pas pour moi ...alors c'était la 1ere année ...donc tout peut se perfectionner...mais c'est que ça a été mal fait. »

Les médecins remplaçants non thésés interrogés n'ont pas été informés n'étant pas inscrits au conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM). Ils ne font pas partie de la liste des courriels de diffusion du CDOM.

M17 : « J'ai une activité de remplaçant donc je n'ai pas reçu de mail particulier. »

- **Information reçue mais souvent de qualité médiocre floue, déformée ou a posteriori**

Des médecins ont reçu l'information mais ont déformé le message.

M2 : « Je pensais que c'était la journée sans tabac pas le mois sans tabac. »

M1 : « Je crois que [...] au bout d'un mois d'arrêt on réduit déjà de 50% le risque de faire un infarctus ou je sais plus quoi...y avait un truc comme ça en tout cas... »

L'information reçue n'a pas interpellé les médecins.

M4 : « On se disait « tiens je sais vaguement que ça existe » donc ...c'est un peu dommage et encore on est des médecins qui participent tous à un groupe de pairs... »

L'information a été parfois reçue a posteriori c'est-à-dire pendant la campagne voire après.

M13 : « J'ai commencé à en entendre parler ...la campagne était déjà commencée depuis quinze jours. »

L'information reçue ne mettait pas en évidence le fait de s'inscrire au défi.

M22 : « C'est écrit nulle part « voilà inscrivez-vous en groupe... »

- **Absence d'information sur le contenu du kit**

Les médecins déplorent le fait de ne pas avoir été informés sur les outils mis à disposition au cours de #MoisSansTabac et notamment sur le contenu du kit.

M3 : « Je savais qu'il y avait des [...] d'aide au sevrage mais je ne les ai pas vus ou manipulés [...]. »

➤ Les médecins généralistes se déclarent peu réceptifs à ce type de communication

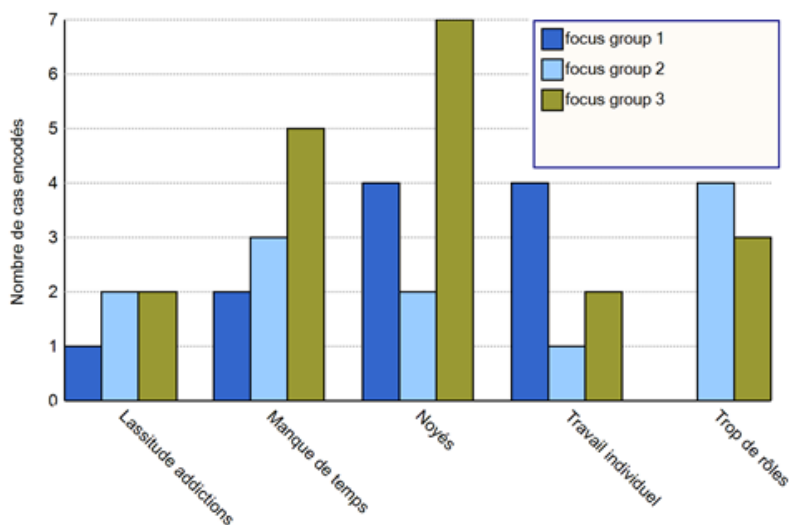


Figure 9: Motifs pour lesquels les médecins sont difficiles à solliciter - Encodage par focus group

Les médecins déclarent être peu réceptifs aux sollicitations pour différentes raisons présentées ci-dessous.

M1 : « On ne répond jamais aussi aux sollicitations. »

- **Noyés parmi d'autres sollicitations**



Figure 10: Nuage de mots (>8 lettres) encodés dans le nœud "noyés parmi d'autres sollicitations"

Les médecins se disent submergés par de trop nombreuses sollicitations.

M13 : « Personnellement je suis tellement submergé de demandes, d'informations... [...] finalement il y en a ras le bol et on finit par un classement en vertical ! Voilà donc quand il y en a trop il y'en a trop ! »

- **Manque de temps**

Les médecins se disent être pris par l'enchaînement des consultations. Il leur est difficile de se dégager du temps au sein de la consultation mais aussi en dehors. Il leur est donc parfois compliqué de s'engager dans un projet qui émane de l'« extérieur » ou de prendre le temps de recevoir un délégué de prévention ou encore de se rendre à des réunions.

M15 : « Nous notre gros problème c'est de ne pas multiplier les sujets, les motifs de consultation... »

- **Travail individuel complexe et fatigant avec prise de recul difficile**

Les MG libéraux travaillent essentiellement de manière individuelle. Ce travail individuel est complexe et la prise de recul difficile. Un médecin déclare qu'il est difficile de redélivrer, à un patient, un message de santé adressé au collectif à un instant T. D'autres médecins avancent le fait qu'il est très fatigant de répéter les mêmes messages au cours des consultations.

M3 : « La difficulté, je pense, c'est de faire émerger une problématique un peu collective à l'intérieur de notre travail qui va vraiment être très individuel, et quand on est dans la succession des consultations le ressortir, de se dire...c'est le moment de parler de ça puisque tout le monde en parle et d'être synchronisé avec l'ambiance médiatique ...je pense que ça c'est une difficulté. »

- **Lassitude du médecin généraliste face aux addictions**

Certains médecins évoquent une certaine lassitude face aux addictions. Au fil des années, certains se disent épuisés par la thématique des addictions incluant notamment le tabac et l'alcool. Ils constatent, d'après leurs expériences, que très peu arrêtent suite à leurs préconisations.

M15 : « Moi cet aspect duel au fil des années que ça soit pour l'alcool, pour le tabac, pour d'autres addictions c'est un peu fatigant. [...] On s'ÉPUISE... Alors pour pas être épuisé des fois... on ne franchit pas le Rubicon. C'est un phénomène de défense... que tout le monde a. »

Un jeune médecin fumeur pense que la motivation d'arrêter de fumer doit être intrinsèque et que les médecins ne peuvent que très peu influencer en l'absence de motivation. Le sujet « tabac » doit émaner du patient.

M19 : « Mais c'est vrai que les patients qui veulent arrêter, c'est des patients qui sont eux même motivés, plutôt que nous on leur propose, après un travail de rabattage en fin d'entretien motivationnel plutôt, qu'ils arrêtent... »

- **Trop de rôles assignés aux médecins généralistes**

Certains médecins trouvent qu'on leur attribue trop de rôles, trop de compétences.

M13 : « En tant que MG je me sens concerné par tout mais il y a tellement de tout que finalement on en arrive à « de quoi avez-vous besoin ? Qu'est-ce qui vous intéresse ? De quoi voulez-vous qu'on parle aujourd'hui ? ». Si on parle du tabac très bien mais je ne vais pas aller les chercher sauf lorsque j'ouvre un dossier je demande est-ce que vous fumez ou pas. »

M10 : « Parce qu'il y a tellement de trucs où l'on dit de s'adresser au médecin qu'au bout d'un moment. C'est ce que tu disais...moi je ne suis pas spécialiste en tout quoi. »

- **Pas percutante, pas optimisée**

Les médecins qui ont eu connaissance de cette campagne ne s'en souviennent que vaguement. Certains ne se souviennent plus du mois, des affiches, des slogans ou encore des spots publicitaires. Ils pensent que la campagne n'a pas été assez médiatisée et pas assez percutante contrairement à d'autres campagnes.

M14 : « Je suis désolé mais #MoisSansTabac moi il ne m'a pas choqué...Je ne me souviens pas du spot publicitaire qui a pu illustrer, s'il y en a eu un, #MoisSansTabac alors que je me souviens très bien de celui de la grippe, de celui des antibiotiques. »

Quand on leur rappelle le slogan « En novembre, on arrête ensemble » ou qu'on leur montre les flyers, ils ne retiennent pas leur attention : « ça n'interpelle pas énormément » (M22).

Un des médecins a suivi régulièrement, à la radio, les témoignages de fumeurs relevant le défi de #MoisSansTabac. Il a trouvé que « ça ne faisait pas naturel » et que « ça ne prouvait pas grand-chose » (M9) d'autant plus qu'ils n'ont plus donné de leurs nouvelles à compter du 1^{er} décembre.

- ❖ **Médecin généraliste spectateur, non acteur de la campagne**

- **Impression de ne pas avoir été la cible de la campagne**

Les médecins n'ont pas eu l'impression d'être la cible de la campagne donc ils ne se sont pas sentis concernés par la campagne et ne se sont pas renseignés. Ils ont eu l'impression d'être court-circuités.

M21 : « La campagne elle n'est pas faite pour les MG, on est ...totalement hors course là-dedans... [...] On n'a absolument pas à s'impliquer, on n'est pas du tout partie intégrante. »

Les médecins n'ont pas eu l'impression d'être un maillon de la chaîne. Après les avoir informés que leur implication était souhaitée, les médecins concluent que cette campagne a été un échec au regard de l'absence d'impact sur leurs pratiques et de leur absence d'implication.

M10 : « Est-ce que les MG étaient considérés comme acteur de la campagne ? parce que si c'était le cas, ils se sont plantés... c'est un échec cuisant...c'est nul... »

- **Fonctionnement individuel et non collectif de la médecine générale laissant peu de place à la médecine préventive**

Des médecins pensent que la médecine générale libérale, sous la forme qu'elle a actuellement, ne permet pas de faire de la médecine préventive. Le fonctionnement actuel est très individuel. Or d'après eux, la médecine préventive nécessite de s'adresser à un collectif. Ils disent donc ne pas être les mieux placés pour relayer des messages de prévention comme la campagne #MoisSansTabac. D'autres personnes, formées à la médecine préventive, comme les infirmières et principalement celles d'Asalée fiancées par l'ARS, seraient plus légitimes pour relayer les messages à un groupe. Le dispositif Asalée permet le travail en binôme entre le généraliste et une infirmière Asalée déléguée à la santé publique,

formée à réaliser le suivi du patient diabétique de type 2 (dont l'examen des pieds diabétiques), le suivi du patient à risque cardiovasculaire (dont ECG), le suivi du patient tabagique à risque de BPCO (spirométrie et **accompagnement au sevrage tabagique**) et le dépistage de troubles cognitifs. Ce dispositif de proximité est gratuit et permet de pallier le manque de temps et de formation du MG, sans qu'il ne soit shunté de la prise en charge, ne déléguant que ce qu'il souhaite et travaillant en permanente collaboration.

M21 : « Il y a des infirmières qui peuvent très bien faire ça. »

M15 : « Moi je ne me considère pas formé pour intervenir en public sur un message de prévention de santé. »

Certains espèrent que cela changera lorsqu'ils travailleront de façon plus collective au sein d'une MSP.

M7 : « Ça me tarde d'aller dans les murs d'une maison de santé parce que là j'ai l'impression qu'on pourra, lors des réunions, choisir ... une campagne... »

➤ Pas d'outil à distribuer

Les MG, n'ayant pas d'outil à distribuer, ne se sentent pas partenaires de la campagne.

M2 : « Par exemple pour le sein, pour le colon ce n'est pas pareil parce qu'on a des outils. [...] On peut palper un résultat. Tandis ce que là pour le tabac... »

➤ Campagne nationale imposée et subie

Certains médecins regrettent que des médecins de terrain n'aient pas été impliqués à la base même du projet et qu'on ne leur ait pas demandé leur avis au préalable. Des médecins ont l'impression que la campagne leur est imposée du fait que la campagne « vienne d'en haut », c'est-à-dire à l'initiative du Ministère de la Santé.

M4 : « alors pour le tabac ce n'est pas trop le cas parce que je suis assez d'accord avec l'idée et un mois je suis plutôt d'accord, mais finalement on ne m'a pas trop demandé mon avis, je ne dis pas moi spécialement mais à mes collègues MG qui connaissent le terrain, a priori au moins aussi bien que ceux qui ont lancé ce type de campagne. »

Un des médecins pense que les motivations de cette campagne sont avant tout économiques ; il pense aussi que les politiciens, à l'origine de cette campagne, utilisent les médecins et les contraignent.

M21 : « Ces genres de choses sont là pour que quelques politiques ou administratifs se donnent bonne conscience. [...] Ça ne va pas plus loin [...] la campagne elle nous est imposée [...] là on est des sous-fifres [...] c'est flagrant. »

❖ Une campagne intéressante et bien intentionnée pour lutter contre le tabac pour 14 des 22 médecins

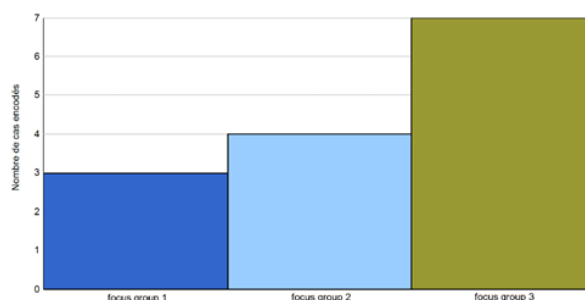


Figure 11: Une campagne intéressante et bien intentionnée - Nombre de cas encodés par focus group

Plus de la moitié des médecins pensent que la campagne est intéressante et que l'idée « est belle dans l'absolue » (M1).

« Je savais qu'il y avait quand même un gros investissement collectif [...]. Il y a eu beaucoup d'acteurs impliqués. Je trouvais ça très intéressant » (M3)

Certains médecins pensent que le tabac est un fléau et « que tous les moyens sont bons pour amener ce sujet » (M8). Cette campagne peut être un « bonus » (M19), « une ouverture » (M8) qui amène à « discuter », voir à « changer les comportements » (M8).

Lorsque l'on a montré le kit, les retours ont été positifs concernant l'agenda.

M19 : « Je trouve que le kit est quand même bien fait. »

D'après les médecins de notre étude, la campagne #MoisSansTabac est passée inaperçue. Ils ne s'y sont pas sentis associés du fait :

- d'une utilisation insuffisante ou inadaptée des moyens de communication pour attirer leur attention ;
- d'une faible réceptivité des MG résultant de conditions d'exercices difficiles.

3.2.1.2 Principe du défi collectif, positif pour 17 des 22 médecins (annexe 6)

La plupart des médecins n'ont pas vu la campagne sous l'angle du défi collectif. Pour autant, ils y sont plutôt favorables.

M4 : « Cette idée de défi collectif ...ça ne m'a pas traversé l'esprit du tout dans cette campagne là... et du coup c'est un truc qui me plaît bien quand-même comme idée [...] je trouve que c'est une idée qui est généreuse. »

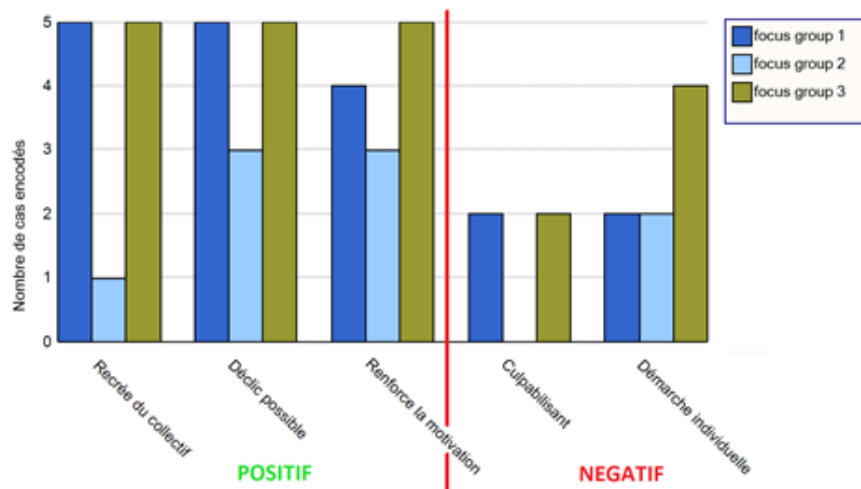


Figure 12: Principe du défi collectif - Encodage par focus group

❖ **Opinions positives sur le principe du défi collectif dans la communication sur la campagne #MoisSansTabac**

➤ **Renforce la motivation via effet de groupe et soutien entre proches**

L'effet de groupe peut être stimulant et peut permettre d'aller plus loin dans un défi lancé à plusieurs.

M3 : « Le défi collectif moi j'avais trouvé ça très intéressant puisque c'est souvent des couples de fumeurs qui sont ensemble, ils peuvent se lancer le défi en même temps... Ou alors même dans le milieu professionnel, peut-être que des petits groupes arrêtent en même temps...je trouvais ça intéressant aussi. »

Il est précisé cependant qu'il existe de bons ou mauvais influenceurs, et donc de bons ou mauvais effets de groupe.

➤ **Déclic possible pour une large cible de fumeurs ayant l'envie d'arrêter de fumer**

Quatre médecins se sont souvenus de patients ayant voulu saisir l'opportunité de #MoisSansTabac pour arrêter de fumer.

M4 : « Il y en a deux ou trois qui sont arrivés. Alors... eux spontanément en disant "allez tiens, j'ai entendu parler de ça dont ça m'a donné l'envie de lancer ce déclic. »

Ils pensent que ce défi national permet de cibler une large cible de fumeurs. Ceux qui pensent arrêter de fumer peuvent se saisir de #MoisSansTabac.

M4 : « Celui qui est dans un stade où il va peut-être bientôt arrêter peut-être que le fait que tout le monde en parle à ce moment-là (.) ça peut provoquer ce déclic-là. »

➤ **Recrée du collectif et du festif dans la société**

Des MG ont été séduits par cette campagne positive qui « *recrée du collectif dans une société* » (M4).

D'autres médecins évoquent le potentiel festif de la campagne et l'importance de ce lien social qui permet de rassembler au-delà même de l'objectif de #MoisSansTabac. Les rassemblements festifs ont une place importante dans la société. Certains médecins évoquent la coupe du monde ou encore l'aspect festif du ramadan dans les pays musulmans.

M1 : « Au-delà de l'objectif de #MoisSansTabac, finalement qu'il y ait des gens qui arrêtent ou pas de fumer, c'est peut-être un moment où les gens se retrouvent, se rassemblent. »

❖ **Crainces des médecins vis-à-vis de ce défi collectif**

➤ **Sevrage tabagique, une démarche individuelle nécessitant une motivation initiale intrinsèque**

Tous les médecins s'accordent à dire que pour participer à ce défi collectif, il faut qu'un fumeur soit dans un stade de contemplation ou de préparation d'après les stades de comportement de Prochaska (annexe 7).

M4 : « Si le type se sent très bien comme fumeur ce n'est pas #MoisSansTabac qui va le faire arrêter. »

Si le collectif peut être plus efficace voire indispensable pour certains, d'autres pensent que le sevrage tabagique est avant tout une démarche individuelle. Le sujet fait débat.

M9 : « C'est une démarche tellement individuelle l'arrêt du tabac que se dire que l'on va tous arrêter ensemble ça me paraît... très illusoire. MOI sans tabac est plus parlant parce que c'est MOI j'arrête. »

➤ **Culpabilisant, phénomène d'exclusion**

4 médecins pensent qu'il peut y avoir un phénomène d'exclusion pour celui qui décroche du groupe. Cela pourrait lui générer de la culpabilité et l'humilier.

M6 : « je ne sais pas si ce n'est pas un peu humiliant et très culpabilisant d'être celui qui a lâché le groupe. »

D'après les médecins de notre étude, le défi collectif peut permettre aux fumeurs ayant une motivation initiale intrinsèque pour arrêter de fumer :

- d'avoir le « déclic » de passer à l'action ;
- de renforcer leur motivation via le soutien de leurs proches et l'aspect social et festif de la campagne.

3.2.1.3 Craintes concernant #MoisSansTabac

❖ Inefficace voire contre-productif si renforcement de blocage

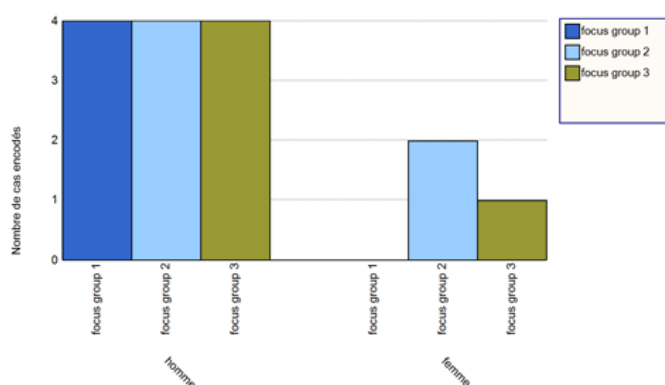


Figure 13: Médecins craignant que la campagne soit inefficace - Encodage par groupe et sexe

La principale crainte des médecins est que la campagne soit inefficace. Quinze d'entre eux l'ont clairement verbalisé.

M8 : « La crainte ça peut-être « est-ce utile ou pas, est-ce que ça apporte des résultats ».

Deux des médecins envisagent même le fait que certaines campagnes de lutte contre le tabac puissent même être contre-productives en renforçant des blocages. Certaines campagnes peuvent être stigmatisantes surtout celles ciblant l'aspect négatif du tabac. Ils précisent que cela n'a pas été le cas pour la campagne #MoisSansTabac mais n'écartent cependant pas cette crainte.

M4 : « On va foncer sur les blocages et on va lui dire « ah si tu fumes c'est que tu es quelqu'un de pas motivé » [...] voilà la façon dont on a stigmatisé certains fumeurs... les trucs de lieux publics etc... »

➤ Inefficacité au long cours

Les médecins s'interrogent sur la pertinence de la durée de la campagne.

M2 : « Finalement moi je me demande à quoi ça sert UN mois sans tabac. [...] #MoisSansTabac oui et après ... ? Qu'est-ce qu'on fait ? [...] Ça veut dire quoi UN MOIS sans tabac ? S'ils arrêtent, ils s'arrêtent quoi »

Que deviennent les personnes qui ont arrêté de fumer durant ce mois-là lorsque la campagne prend fin ? Un médecin s'interroge sur la pérennité de l'arrêt et envisage qu'une telle campagne n'ait qu'un effet « soufflé » sur la motivation.

M15 : « Après est-ce que nous on est assez performant pour garder ces personnes après ? [...] Parce que si la flamme s'éteint au bout d'un mois et tout le monde est parti... [...]. Il faut savoir ce que l'on cherche, si l'on cherche une flamme qui s'éteint vite ou si on cherche au contraire quelque chose qui va perdurer. [...]. Mobiliser des personnes sur un mois je trouve que c'est quand même long. Alors des énergies sur un an... »

➤ **Obstacles liés à la mentalité française et singularité Lot-et-Garonnaise**

Bien que le tabac soit moins médiatisé qu'il y a quelques années, les français n'auraient toujours pas une image négative du fait de fumer. Les français, et particulièrement les jeunes, seraient plus sensibles à l'augmentation des prix qu'aux messages de prévention. Les anglais auraient une vision plus négative et seraient « *plus disciplinés* » (M20).

M10 : « Pour l'instant le marketing qu'on a c'est pour promouvoir le tabac, pas pour l'arrêter. [...] Quand tu vois tous les films, toutes les pin-up, elles sont toutes en train de fumer. Enfin il y a une vision du tabac qui n'est pas du tout négative. Je trouve que ça pour l'instant ça n'a pas beaucoup changé. »

Le Lot-et-Garonne serait particulièrement exposé, étant un département où l'on cultive le tabac.

M13 : « Le Lot-et-Garonne c'est plus difficile parce que tu as encore beaucoup d'agriculteurs qui font du tabac... »

❖ **Economiques**

➤ **Dépenses inutiles ?**

La campagne #MoisSansTabac 2016 n'ayant que très peu impacté les médecins, certains d'entre eux en concluent que s'il n'y a pas d'amélioration notable, elle conduira à des dépenses inutiles.

M14 : « Peut-être que l'année prochaine ça sera plus préparé et plus réussi... enfin il vaudrait mieux d'ailleurs. Sinon on dépense des sous pour rien. »

Certains médecins pensent qu'il faut changer radicalement le format et utiliser cet argent différemment.

M1 : « sur l'aspect financier... je pense qu'on peut mettre cet argent différemment ou ailleurs...si on parle d'économie de la santé. »

D'autres médecins pensent qu'il faut raisonner sur le long terme. Les dépenses de santé liées au tabac coûtent très chères et justifient que le budget lutte anti-tabac soit conséquent. La campagne #MoisSansTabac en est un des moyens.

M18 : « Il faut avoir une vision globale parce qu'entre tout ce que génère le coût des pathologies prises en charge, liées au tabac...la chimio, tous les coronariens, les artériopathes... »

➤ **A l'initiative des pouvoirs publics avec partenaires flous**

La campagne étant à l'initiative des pouvoirs publics, les médecins ne se sont pas sentis impliqués à la base. Ils ne savent pas précisément qui est à l'initiative de cette campagne et quels sont les partenaires. Ils se demandent si des médecins ont travaillé sur ce projet.

M18 : « #MoisSansTabac... peut-être qu'on n'est pas au courant mais peut-être qu'il y a eu des médecins qui ont travaillé dessus. »

Des médecins envisagent que les motivations premières de cette campagne soient plus politiques et économiques. Un des médecins pense que cette campagne, à l'origine des pouvoirs publics, est faite par des économistes de la santé et non par des médecins. Elle n'est pas adaptée aux besoins du terrain et n'est faite que « *pour que quelques politiques ou administratifs se donnent bonne conscience* » (M21).

M21 : « On ne raisonne plus en médecin, on raisonne en économiste de la santé. Et on n'est plus que dans l'économie de la santé. Donc on fait des statistiques, on fait des #MoisSansTabac...Moi je suis médecin, j'ai un patient en face de moi et je suis totalement hors de ce cadre-là. »

Des médecins envisagent que les lobbies puissent avoir une influence sur la campagne #MoisSansTabac. Certains y voient l'intérêt d'industries pharmaceutiques.

M6 : « Les vendeurs de TNS de grands laboratoires pharmaceutiques doivent adorer #MoisSansTabac ! »

Un des médecins craint « que les lobbies du tabac mettent des bâtons dans les roues » (M20).

❖ Absence d'évaluation fiable

Les médecins sont en attente de résultats fiables. Les données annexes (nombre d'inscrits au défi, évolutions des ventes de TNS ...) sont insuffisantes et ne prouvent rien. Ils mettent en avant la difficulté d'évaluer précisément l'impact d'une telle campagne.

M15 : « Le problème c'est de quantifier effectivement les personnes qui sont dans le système et puis après d'évaluer la réussite, à, par exemple, un mois, deux mois, trois mois ou peut-être au long court. »

Les principales craintes, étroitement liées, des médecins de notre étude, concernant #MoisSansTabac sont :

- l'inefficacité de la campagne sur le long court ;
- des dépenses inutiles en cas d'inefficacité ;
- l'absence d'évaluation fiable de la campagne alimentant la crainte de son inefficacité.

3.2.2 Impact de #MoisSansTabac et rôle du médecin généraliste

3.2.2.1 Impact de la communication

❖ Connaissance acquise de la campagne via les canaux de vulgarisation pour 11 des 22 médecins

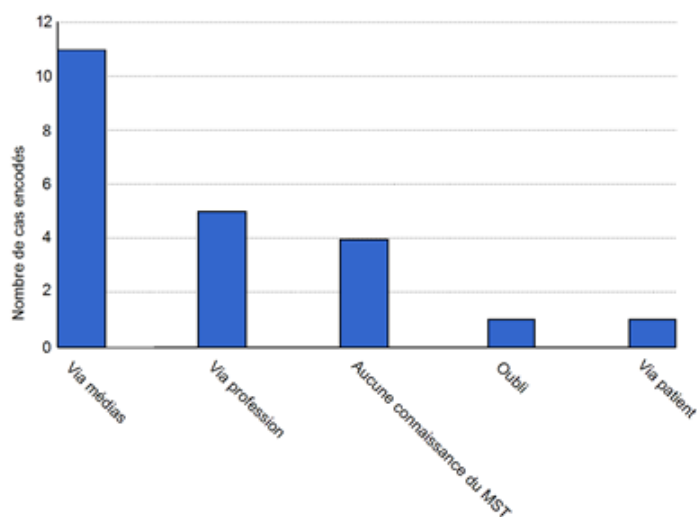


Figure 14: 1er moyen ayant permis au médecin d'avoir connaissance de la campagne - Nombre de cas encodés

La plupart des médecins interrogés ont eu connaissance de la campagne via les médias (télévision, radio, affiches).

M18 : « #MoisSansTabac moi je l'ai appris moi par la radio, en écoutant la radio au petit-déjeuner. {Rires} ».

Un douzième médecin informé initialement par un patient se remémore avoir vu l’affiche (annexe 1).

M5 : « Ah SI !!! c’est mon fils qui m’a dit mais maman il y a deux doigts partout ... {Rires} ».

❖ **5 médecins informés par leur activité professionnelle annexe ou via d’autres professionnels de santé impliqués**

Un médecin a été informé par sa femme qui est tabacologue. Un autre a été informé au cours d’une soirée médicale. Un médecin a été informé de façon concomitante par une infirmière Asalée et par le DMG en tant qu’enseignant universitaire.

M4 : « J’en ai entendu parler d’abord par le département de médecine générale de l’université par ce que je suis impliqué...dedans. Donc j’ai reçu de nombreux mails avant la date novembre...pour nous expliquer ce qui était fait au niveau de la région [...], ensuite sur le moment j’en ai entendu parler...par notre infirmière Asalée ».

Deux autres médecins ont aussi été informés en tant que salariés, l’un ayant une activité hospitalière, et l’autre une activité associative en addictologie à l’ANPAA.

M9 : « Compte tenu de ma double casquette et notamment de mes activités à l’hôpital, j’ai été au courant de #MoisSansTabac parce qu’il y avait des actions de la consultation addictologie. Il y avait des stands qui étaient prévus pour donner des informations auprès du personnel de l’hôpital. »

Il est à noter que d’autres médecins non informés de la campagne en ont été informés a posteriori via leur groupe de pairs.

❖ **Patients concernés plus informés que les médecins**

Certains médecins ont trouvé que les patients fumeurs qui souhaitaient arrêter de fumer et qui avaient eu connaissance de la campagne via les médias étaient plus informés qu’eux.

M6 : « Moi j’avais trouvé les patients finalement plus au courant que moi de #MoisSansTabac [...] parce que...ils avaient de toute façon, dans le moment, décidé d’arrêter de fumer. C’est eux qui avaient fait la démarche et ils étaient plus au courant que moi. C’est moi qui leur demandais ce qu’il y avait dans le kit. »

Le fait d’être moins informé que les patients peut avoir un retentissement sur la relation médecin-patient. Des médecins ont notamment la crainte d’être jugés.

M5 : « Vis-à-vis des patients, du coup ils se rendent compte que je ne suis pas au courant et ils doivent se dire...enfin je ne sais pas, j’ai l’impression que pour moi ça me pose un souci. »

Concernant le site tabac-info-service, les médecins pensent également que leurs patients sont plus au courant. Les médecins n’utilisent pas et ne conseillent pas le site tabac-info-service qu’ils ne connaissent que vaguement.

M18 : [A propos du site tabac-info-service] « En fait moi j’en ai entendu parler...mais je ne l’ai jamais proposé en fait. [...] Mais après j’ai l’impression que c’est plus les patients qui eux sont plus au courant. »

**La moitié des MG de notre étude, ont eu connaissance de la campagne en tant que citoyen. Certains ont constaté que des patients étaient plus informés qu’eux, ce qui a pu nuire à la relation médecin-patient.
Les 5 médecins se souvenant avoir été informés en tant que MG sont ceux en lien avec des professionnels de santé impliqués ou ceux ayant une activité annexe en tabacologie.**

3.2.2.2 Impact de #MoisSansTabac sur l'activité des médecins généralistes

- ❖ **Aucun impact de la campagne #MoisSansTabac sur la relation médecin-patient et la prise en charge du sevrage pour 16 des 22 médecins**

- **Aucune ou minime implication des médecins généralistes**

Aucun des médecins interrogés ne s'est réellement impliqué dans la campagne en tant que médecin libéral. Le mot qui revient le plus (à quatorze reprises), quand on leur demande leur implication, est « RIEN », ils n'ont « rien fait ».

M8 : « Je ne me suis pas du tout impliquée là-dedans. »



Figure 15: Nuage de mots (>4 lettres) encodés dans le nœud "implication des médecins généralistes »

- **Les médecins informés par les médias ou un patient ne se sont pas impliqués dans la campagne**

Les médecins qui ont été informés par les médias ou un patient n'ont pas fait la démarche de s'informer pour savoir quel rôle ils pouvaient avoir dans la campagne. La raison principale avancée expliquant cette absence d'implication est le manque d'information de qualité en tant que MG libéral et l'absence d'outil à distribuer spécifique au #MoisSansTabac.

M20 : « Je n'ai pas poussé plus les investigations sur qu'est-ce qu'il fallait leur proposer durant #MoisSansTabac, à part leur dire « ne fumez pas » {Rires}. Voilà, je n'ai pas poussé plus les recherches... »

- **Les médecins informés à titre professionnel ont peu communiqué sur la campagne**

Les médecins bien qu'informés n'ont que très peu communiqué sur la campagne à titre professionnel. Être bien informé n'est donc pas suffisant. Les raisons ont déjà été évoquées dans la partie 3.2.1.1 « Médecins difficiles à solliciter ».

M4 : « J'ai reçu de nombreux mails avant la date novembre... [...] avec l'idée aussi de sensibiliser nos confrères...ce que je n'ai pas tellement fait {Rires, culpabilité ?}, ce que je n'ai pas beaucoup fait parce que j'ai vu ces mails arriver et puis finalement le mois est arrivé plus vite que prévu dans l'enchaînement des consultations... » (M4)

➤ **Les patients n'ont pas ou peu évoqué #MoisSansTabac avec leur médecin généraliste**

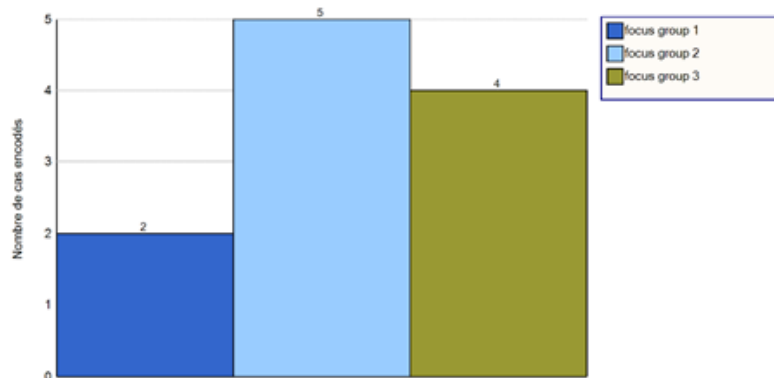


Figure 16: Nombre de médecins n'ayant eu aucun retour de leurs patients sur #MoisSansTabac - Encodage par focus group

Parmi les médecins interrogés, 11 sur 22 n'ont eu aucun retour de patient sur la campagne #MoisSansTabac. Les autres se souviennent d'avoir eu au moins un patient leur en ayant parlé sans grand impact sur la relation médecin-patient pour autant. D'après leurs souvenirs, en novembre 2016, 21 des 22 médecins déclarent ne **pas** avoir eu **plus de demande d'aide au sevrage tabagique**.

M21 : « On a complètement oublié, ni eu strictement aucun impact. Alors on en a peut-être parlé dans les médias ou autres mais nous, dans notre cabinet, on en a strictement eu aucun retour. »

❖ **La campagne #MoisSansTabac a permis de relancer le sujet du sevrage tabagique**

➤ **#MoisSansTabac a été utilisé par 6 des 22 médecins**

Pour trois d'entre eux, la campagne #MoisSansTabac a permis que le sujet du tabac soit abordé par le patient. Ils ont saisi cette opportunité en rebondissant sur le sujet.

M18 : « J'ai l'impression que c'était un moyen...de relancer le sujet mais par le patient en fait. »

Pour un médecin, des patients ont rebondi sur #MoisSansTabac lorsqu'il leur a parlé du tabac via l'entretien motivationnel. Cela a pu donner plus de sens et d'impact à la discussion.

M4 : « Quand on en a parlé [au sujet du tabac via l'entretien motivationnel], les patients ont rebondi sur #MoisSansTabac en disant "bah justement c'est #MoisSansTabac et maintenant que vous m'en parlez c'est peut-être bien de... ». Voilà donc finalement...peut-être que le fait d'avoir introduit ça dans la conversation, plus le fait qu'il en ait entendu parler de manière extérieure à la consultation, ça a pu concrétiser les choses pour eux. »

Deux médecins ont eux-mêmes communiqué sur la campagne mais ne savent pas si cela a été efficace. Un médecin a accroché l'affiche et a mis des flyers à disposition sur son bureau.

M12 : « J'ai reçu des enveloppes que je pouvais donner aux gens etc...avec des flyers [...] donc j'ai été mis au courant et je m'en suis servi effectivement [...] je l'avais mis au bord du bureau comme ça les gens ils regardaient « prenez le » etc... Je ne sais pas si ça a été d'une grande efficacité au fond...Je ne sais pas. »

L'autre médecin a verbalement relayé la campagne à des patients susceptibles d'arrêter de fumer.

M13 : « Je me suis appuyé dessus justement pour passer de collectif à l'individuel : « puisque vous voyez qu'il y a beaucoup de gens qui font un effort, et vous-même est-ce que vous ne pourriez pas justement, pour arrêter de fumer, vous sentir porter par cet effort collectif ? ». Donc ce marketing social m'a aidé dans le message à passer. »

➤ **Augmentation du thème tabac au cours des consultations à l'initiative du patient pour 9 des 22 médecins**

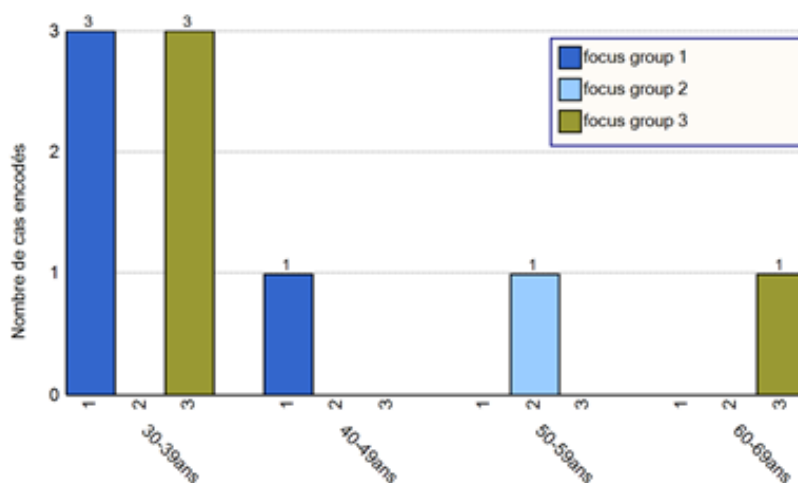


Figure 17: Augmentation du thème tabac à l'initiative du patient - Nombre de cas encodés par âge et groupe

Neuf médecins se souviennent avoir eu une augmentation du thème tabac à l'initiative du patient en novembre 2016 soit plus de la moitié des médecins de moins de 49 ans participant à l'enquête. Moins d'un quart des plus de 50 ans ont quant à eux constaté une augmentation du thème tabac.

La campagne #MoisSansTabac étant relayée par les médias, elle a permis à certains patients d'initier « un sujet de discussion pendant la consultation » (M18).

M18 : « Souvent j'ai l'impression que c'est plus moi qui lance le sujet sur la discussion du tabac... Alors que là avec #MoisSansTabac, j'ai eu...sur cette petite période, deux ou trois patients qui m'ont parlé d'eux même en fait. »

❖ **Travail d'équipe avec l'infirmière Asalée poursuivi voire renforcé malgré des projets avortés**

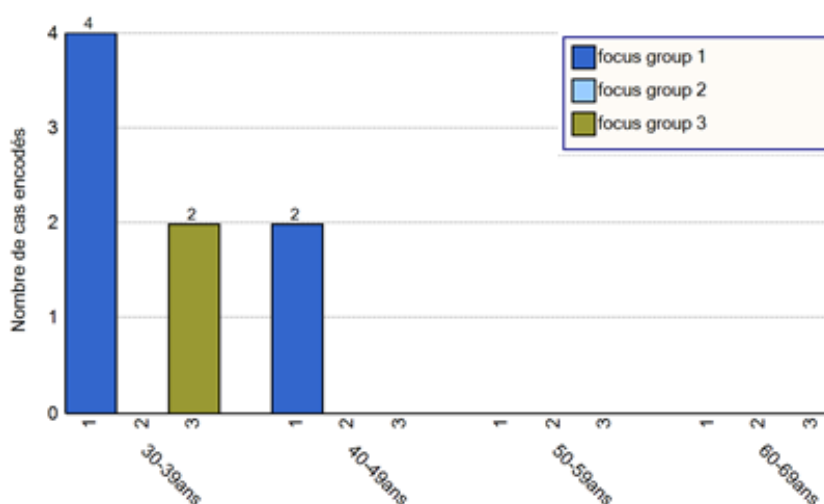


Figure 18: Nombre de médecins travaillant avec une infirmière Asalée selon l'âge et le groupe

Huit médecins travaillaient avec une infirmière Asalée au moment de l'étude (trois infirmières différentes). Il s'agit pour six d'entre eux, de médecins travaillant en groupe ou en MSP. Les deux autres

(travaillant en cabinet individuel) font partie du premier focus group constitué à partir d'un groupe de pairs. Pour l'un d'entre eux (M22), cette collaboration a débuté début 2017 soit après la campagne #MoisSansTabac 2016.

Tous semblent satisfaits de ce travail d'équipe centré sur le patient. Par sa proximité et sa formation, l'infirmière Asalée semble être un partenaire privilégié. Cette collaboration permettrait une prise en charge personnalisée de qualité, plus adaptée d'autant plus qu'elle est gratuite. Lorsqu'ils sont seuls, les médecins manquent de temps, souvent aux dépens de la prévention.

M6 : « Je les oriente assez vite vers Asalée...parce qu'elle les voit toutes les semaines et que ça marche bien. »

Pour un des médecins (M1), #MoisSansTabac a sensiblement renforcé sa collaboration avec l'infirmière Asalée durant ce mois de novembre.

M1 : « On en a discuté avec l'infirmière Asalée...et ça s'est concrétisé par le poster en salle d'attente... [...] Après c'est vrai peut-être que j'ai été [...] plus attentif aux patients fumeurs et essayer de leur dire qu'il y avait justement l'infirmière qui pouvait leur proposer des sevrages tabagiques. »

Pour d'autres, des projets ont été envisagés par l'infirmière mais ils n'ont pas vu le jour malgré l'approbation des médecins. L'idée était peut-être simplement de rappeler aux médecins que cette infirmière était, entre autres, formée au sevrage tabagique et de les sensibiliser encore un peu plus à ce travail d'équipe.

M4 : « Notre infirmière Asalée... a juste dit "est-ce que vous voudriez être impliqué là-dedans". J'ai dit oui mais finalement elle ne l'a pas fait. Je ne suis pas persuadé qu'elle ait fait des trucs. [...] L'idée c'était peut-être de dire "envoyez moi les patients" [...] Peut-être que ça nous a rappelé qu'elle faisait...également de l'aide au sevrage. »

Pour la plupart, durant #MoisSansTabac, les médecins ont simplement poursuivi leur collaboration habituelle avec l'infirmière Asalée, ni plus ni moins.

M6 : « Je les oriente assez vite vers Asalée [...] Mais...c'était plus Asalée que #MoisSansTabac. »

❖ **Recherche du lien a posteriori entre #MoisSansTabac et sevrage tabagique durant la campagne**

➤ **Augmentation du thème tabac durant #MoisSansTabac pas lié à une demande de prise en charge par le patient sauf pour 1 médecin**

Un seul des médecins se souvient d'avoir eu une demande spécifique d'aide au sevrage au cours de #MoisSansTabac.

M20 : « J'ai...2, 3 patients...qui sont venus me dire...qu'ils souhaitent être accompagnés dans cette démarche. »

Pour les autres, lorsque #MoisSansTabac a été évoqué, aucune demande de prise en charge par le médecin n'a été formulée par le patient. L'un des patients aurait dit « j'irai voir le pharmacien » (M18). Des médecins en ont quand même profiter pour « relancer sur l'entretien motivationnel » (M18).

M14 : « Ils ne sont pas venus me voir parce que c'était #MoisSansTabac et qu'ils voulaient en profiter pour arrêter de fumer ça c'est sûr. »

Pour un des médecins, #MoisSansTabac aurait été évoqué uniquement par deux patients non-fumeurs « donc il n'y avait pas de suivi particulier à faire là-dessus » (M17).

➤ **Biais lié à la période : incitation financière concomitante et période propice aux infections broncho-pulmonaires**

Parmi les neuf médecins ayant constaté une augmentation du thème tabac pendant #MoisSansTabac, quatre d'entre eux avancent le fait qu'il puisse y avoir des biais à ce constat.

Les raisons évoquées sont :

- **L'incitation financière avec :**

- L'augmentation concomitante du forfait de remboursement des TNS à 150€.
- La période de fin d'année permettant d'ajouter le forfait sur deux années consécutives.

M2 : « Ils pouvaient cumuler, si tu prenais en décembre les 50euros, plus en janvier ça te faisait des mois. Donc moi, une majorité de mes patients ont arrêté dans ce laps de temps. » (M2)

Concernant le forfait de remboursement des TNS, il a en effet augmenté depuis novembre 2016, de façon concomitante au #MoisSansTabac passant de 50 à 150€ par année civile. Deux des médecins en avaient eu connaissance préalablement à l'étude.

Les patients semblent solliciter leur MG pour le sevrage tabagique essentiellement lorsqu'ils souhaitent avoir recours à un substitut nicotinique dans le but d'être remboursés. La plupart des patients qui viennent les voir pour une demande d'aide au sevrage arriveraient en disant « *je veux des patchs* » (M15).

L'incitation financière serait un des leviers pour conduire au sevrage tabagique. Certains pensent qu'il s'agit du levier le plus important. Pour d'autres, l'aspect financier a une incidence variable selon le niveau de vie des patients et semble souvent une cause de motivation accessoire. Il peut constituer cependant « un déclic » pour les fumeurs « prêts » à arrêter c'est-à-dire pour les fumeurs au stade de contemplation ou de préparation d'après les stades du changement de Prochaska (Annexe 7).

M4 : « L'idée de ce côté financier c'est peut-être aussi le truc du déclic c'est-à-dire... « Tiens j'ai dans cette idée d'arrêter » puis finalement on a un moment donné où ça va être moins cher d'arrêter...peut-être. »

- **La période plus propice aux infections broncho-pulmonaires**

M20 : « C'est le mois de novembre donc c'est quand même un mois où il y a des exacerbations de BPCO donc je pense que par rapport à un mois de novembre habituel ça ne modifie pas le nombre de patients fumeurs avec une exacerbation de BPCO ou des complications autres qui franchissent le pas de la porte. »

➤ **Biais car vagues souvenirs a posteriori**

L'enquête a eu lieu plus de cinq mois après la fin de #MoisSansTabac 2016 pour les deux premiers focus groups et plus de dix mois plus tard pour le troisième focus group. Les médecins ont dû faire appel à leurs souvenirs, ce qui a parfois laissé place à des incertitudes ou des oublis.

M2 : « Je ne sais pas si c'est en novembre. Je ne me rappelle pas du tout. »

Qu'ils soient informés ou non, les médecins de notre étude ne se sont pas ou peu impliqués dans la campagne #MoisSansTabac. Pour autant, en novembre 2016 :

- le sujet du tabac aurait été plus fréquemment abordé par les patients, en consultation ;
- le travail d'équipe médecins-infirmière Asalée aurait été sensiblement renforcé.

3.2.2.3 Rôle des médecins généralistes à titre individuel durant #MoisSansTabac

❖ **Le même que tout le reste de l'année face au tabac**

Tous les médecins affirment déjà aborder le tabagisme tout au long l'année. Le sujet est particulièrement abordé dans les situations suivantes :

- nouveau patient
- grossesse
- au cours ou au décours d'une pathologie cardio-vasculaire ou bronchopulmonaire aiguë ou chronique
- autres facteurs de risques cardio-vasculaires associés (diabète, HTA)

➤ **Déjà beaucoup d'outils à disposition dont le conseil minimal et l'entretien motivationnel**

Les médecins déclarent avoir déjà de (trop ?) nombreux outils plus ou moins utilisés. La connaissance des outils fait débat. Pour les **outils** connus, ils sont pour certains **sous-exploités** du fait du manque de temps et du fonctionnement actuel de la médecine générale.

M13 : « Il faut qu'on connaisse les outils là je crois. »

M15 : « Enfin les outils on les a. Est-ce qu'on les exploite ? En ce qui me concerne NON. Si on est toujours dans le mode de fonctionnement que j'ai connu... »

La plupart ont recours au conseil minimal voir à l'entretien motivationnel ; d'autres utilisent des brochures à destination des patients.

● **Des outils utilisés par la plupart des médecins**

Certains médecins affirment parler systématiquement du tabac (ou presque) lorsqu'ils voient en consultation un patient fumeur. La connaissance de leurs patients fait que le motif tabac est évoqué sans forcément que le patient en parle de lui-même. Ils pratiquent au moins le **conseil minimal**.

M16 : « En pratique je pense que nos fumeurs on les connaît. Je pense que l'on ne perd pas l'occasion de leur parler du tabac à chaque fois qu'on les rencontre. [...] On essaie de faire #MoisSansTabac tout l'année. »

D'autres rentrent dans un « jeu médecin-patient [en essayant] de l'évoquer mais de manière un petit peu déguisée [au cours de l'auscultation] ou sur le mode de la rigolade pour savoir s'ils ont diminué de quelques cigarettes ou non [...] on essaie de ne pas matraquer les personnes » (M15).

● **Une connaissance parfois approximative avec confusion d'outils**

Il existe pour certains une confusion entre le conseil minimal, l'entretien motivationnel et d'autres outils.

M20 : « Je leur faisais juste les trois questions de l'entretien motivationnel « est-ce que vous trouvez que votre consommation est trop élevée ? Est-ce que vous avez envie d'arrêter ? » ».

Ce médecin évoque le conseil minimal et non pas l'entretien motivationnel. La question « est-ce que vous trouvez que votre consommation est trop élevée » ne fait pas partie du conseil minimal. Elle est un remix du questionnaire DETA (annexe 8) qui permet de dépister une consommation d'alcool à risque. Elle est proche de la question « T », « Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? ».

● **Des outils non utilisés pour certains malgré leur « engagement »**

D'autres n'abordent pas le sujet systématiquement. Ils ne pratiquent pas le conseil minimal à l'arrêt mais se disent malgré tout impliqués et engagés dans l'aide au sevrage tabagique.

Un des médecins déclare ne pas pratiquer lui-même l'aide au sevrage bien qu'il se sente en avoir les compétences ; c'est pourquoi il oriente régulièrement vers un spécialiste lorsque le motif tabac est évoqué. Il se dit malgré tout engagé dans le sevrage tabagique du fait de la prise en considération de la demande.

M14 : « Je pense que notre engagement on l'a tous. C'est-à-dire qu'à partir du moment où il y a quelqu'un qui nous dit qu'il veut arrêter de fumer, on ne lui dit pas « ça ne m'intéresse pas, allez en voir un autre que ça va intéresser. » ...Les outils...on les a, on les connaît, on sait comment on pourrait faire. »

Un des médecins remplaçant, fumeur, déclarant ne pas pratiquer l'aide au sevrage tabagique (M19), aborde tout de même le sujet du tabac et ce principalement au cours d'un évènement aigu.

M19 : « Les gens qui fument...il leur faut vraiment un évènement qui leur est propre...une pathologie, une maladie pour qu'ils prennent conscience vraiment ! « ...Là je déconne, il faut vraiment que j'arrête de fumer ».

Il essaye « de leur tendre une perche « ça serait bien de baisser » sans dire « arrêter » (M19). Il ne croit pas en l'efficacité de l'entretien motivationnel ni au conseil minimal qui selon lui peut renforcer des barrières.

M19 : « J'ai du mal avec cette vision... Tends tes mains et on va te frapper, ...il faut arrêter de fumer ! Et je pense qu'au bout d'un moment celui qui fume il se dit « qu'est-ce qu'il est en train de me dire, c'est ma vie, moi je fume je fais ce que je veux ». [...] Les patients qui veulent arrêter, c'est des patients qui sont eux même motivés plutôt [qu'une motivation faisant suite à] un travail...d'entretien motivationnel pour qu'ils arrêtent. »

Ce à quoi un médecin lui répond que :

M22 : « Des études ont été démontrées...que même si ça ne fait pas un impact immédiat de rabâcher...c'est à force de lui dire...qu'à un certain moment...il va se dire « ... il va falloir vraiment faire les choses, là ».

➤ **En s'adaptant à chaque patient et en le gratifiant**

Les médecins connaissent leurs patients. Ils doivent utiliser des outils ciblés correspondant au patient qu'ils ont en face.

M13 : « Un outil n'est qu'un outil c'est-à-dire qu'il faut cibler la place de cet outil. Il peut y avoir pour une personne un outil qui marche et d'autres qui ne marchent pas. Il faut qu'on connaisse la panoplie des outils, qu'on sache la personne qui est en face de nous et qu'on puisse faire une utilisation sélective. »

Cette adaptation peut s'avérer parfois délicate. Face à un patient fumeur, les médecins peuvent avoir des difficultés à choisir l'outil le plus adapté. Doivent-ils axer leur discours sur l'aspect nocif du tabac ou plutôt sur les bénéfices accompagnant l'arrêt du tabac ?

M11 : « C'est deux axes sont tellement différents que c'est difficile de savoir lequel va impacter finalement l'individu qui est devant soi. »

Quel que soit l'outil, l'information doit être réindividualisée.

M11 : « Quoi qu'il en soit, on ne peut pas relayer un message d'ordre global, forcément on le réindividualise à la personne qu'on a en face de nous systématiquement. »

Le médecin doit accompagner ses patients fumeurs en gratifiant toute démarche positive et « prévenir que la rechute fait partie du processus » (M22).

❖ **Un rôle limité du médecin généraliste dans le sevrage du tabac**

➤ **Les patients gèrent seuls leur consommation et leur arrêt car :**

- **Ils se sont approprié des outils**

Les patients ne font que peu appel à leur médecin pour arrêter de fumer car ils disposent déjà d'outils.

M17 : « Je ne suis pas sûr que tous les patients fumeurs aient besoin du médecin pour arrêter de fumer. »

Lorsque le patient évoque le sevrage tabagique avec son médecin, souvent il sait déjà l'outil qu'il souhaite utiliser (application, cigarette électronique, patch, hypnose, acupuncture).

M19 : « C'est les patients qui ont les outils. [...] C'est souvent eux qui abordent la question « écoutez, je voudrais arrêter le tabac, donc est-ce que vous pouvez me prescrire des patchs », ou alors ils me disent « bon et bien voilà, je vais faire de l'hypnose pour essayer d'arrêter le tabac. »

Certains pensent que la cigarette électronique est l'outil le plus efficace d'autant plus que certaines mutuelles en remboursent une partie.

M21 : « Le vapotage ça a apporté énormément ! »

- **Raisons financières car traitements non remboursés, avance de frais...**

L'aspect financier est un levier important. Or les traitements de substitution ne sont pas remboursés. L'avance des frais pour l'achat des TNS est « *un frein majeur* » (M3), d'autant plus que le forfait de 150€ ne permet souvent de couvrir qu'une petite période du sevrage.

M9 : « Il y a un souci quand même avec le tabac. C'est quand même le seul produit addictif pour lequel le traitement n'est pas remboursé [...] Et c'est pour ça qu'ils se disent, « puisque ce n'est pas remboursé on va se débrouiller tout seul ». Et ça a fait le lit et le succès de la cigarette électronique. »

De plus en plus de mutuelles remboursent une partie des dépenses induites par le sevrage (cigarette électronique, TNS voir médecine douce) et cela sans ordonnance ce qui renforce l'autonomie des fumeurs.

M15 : « Il y a de plus en plus de mutuelles...qui vont faire un panier de soins, qui vont faire entrer dedans tous ce qui n'est pas remboursé. Alors ça peut aller des médicaments au non-médicamenteux. »

- **Problème de connaissances et de compétences avancé par 7 médecins**

Sept médecins ont clairement verbalisé un manque de connaissances voire de compétences sur le sevrage tabagique et ses outils.

M5 : « Ce n'est pas moi qui vais faire le suivi pour l'arrêt. Pour l'instant je ne suis pas capable de faire ça. »

Les focus group ont permis aux médecins d'échanger sur leurs connaissances. Un médecin ne savait pas si la consommation d'une très faible quantité de tabac avait un impact sur la santé.

M14 : - « quelqu'un qui fume une cigarette par jour...je ne sais pas si on a beaucoup d'études qui montrent que ça agit un peu plus sur sa santé. Une cigarette par jour je ne suis pas sûr... »

M10 : - « si ...même les très petites quantités il y en a quand même des impacts ».

M14 : - « [...] Donc il faut que l'on soit bien informé »

Dans l'arrêt du tabac, des médecins considèrent les récidives comme un échec, or cela fait partie du processus.

M15 : - « Arrêter de fumer tout le monde peut y arriver...mais après quel est le pourcentage de récidive ? »

M22 : - « Mais par rapport à ça...justement [...] Ça a été démontré, [...]il faut dire qu'un fumeur qui arrête de fumer mais qui rechute c'est normal. »

Peu de médecins avaient connaissance de la majoration du forfait de remboursement des TNS à 150€ pour tous.

- **3 médecins pas intéressés, pas prêts à relayer la campagne**

Trois des médecins affirment qu'ils ne sont pas intéressés par la campagne à titre professionnel. Ils ne s'impliqueront pas et donc ne relayeront pas cette campagne.

M2 : « Ça ne m'intéresse pas, ça ne m'intéresse pas. »

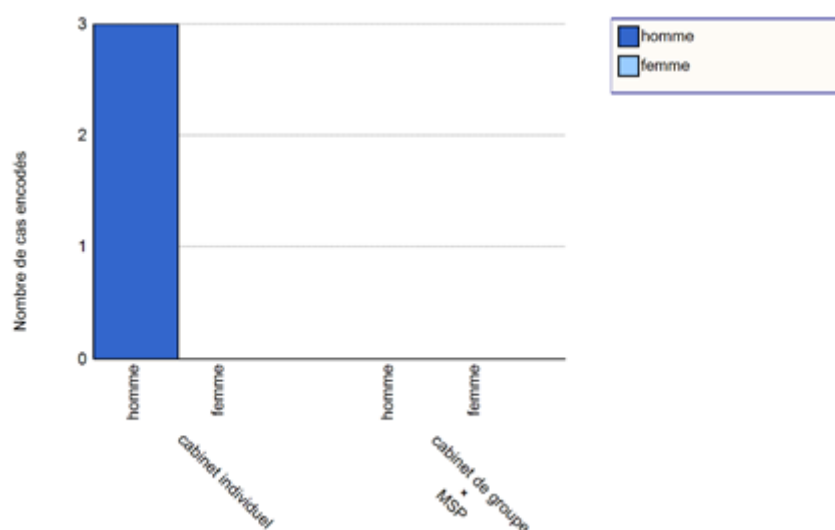


Figure 19: Médecins pas prêts à relayer la campagne - Encodage par sexe et lieu d'exercice

Malgré tout, le tabac reste un sujet important et ils resteront à l'écoute des patients en demande de sevrage durant #MoisSansTabac comme durant tout le reste de l'année.

M14 : « Je ne vais jamais critiquer, on parle du tabac... Je n'aurais pas critiqué si quelqu'un était venu en me disant c'est #MoisSansTabac qu'est-ce que vous pensez de ce qu'on dit à la télé [...] On aurait de suite développé sur son cas à lui. « Ça vous a incité à vouloir essayer d'arrêter de fumer etc. » et puis après tu fonces. »

Un des médecins ayant dit « c'est une accusation. Moi « s » sans tabac ne passera pas par moi. » (M13) s'est pourtant impliqué en relayant la campagne à quelques patients. Il n'a donc pas été comptabilisé dans les médecins qui ne sont pas prêts à relayer la campagne.

❖ Implication possible des médecins au sein d'une consultation centrée sur le patient et en rebondissant sur le sevrage tabagique

En plus des six médecins ayant déjà utilisé l'outil à titre professionnel, quatre autres médecins affirment qu'ils pourraient à l'avenir s'impliquer dans les prochaines campagnes en adaptant le message de la campagne à leurs patients concernés. Le médecin peut s'appuyer sur cette campagne collective, informative et incitative afin de proposer une prise en charge individualisée.

D'après les médecins de notre étude, leur rôle durant #MoisSansTabac serait le même que tout le reste de l'année face au tabac. Les pratiques sont très disparates. Les médecins disposent de nombreux outils d'aide au sevrage comme le conseil minimal ou l'entretien motivationnel. Ces outils sont sous-exploités du fait :

- d'une connaissance approximative entraînant une démarche plus intuitive ;
- du fait d'idées reçues non étayées scientifiquement ;
- d'un manque de temps ;
- d'une faible demande d'aide au sevrage tabagique, les patients ayant déjà leurs outils.

3.2.3 Vécu du marketing social

Le marketing social interroge. Les MG doivent-ils se sentir la cible de cette technique de communication qui semble bien éloignée de leur pratique centrée sur le patient ? Doivent-ils s'appropriier les outils marketing et les utiliser au sein de leur travail ? Le marketing social peut inspirer l'indifférence, le désintérêt, la méfiance voire la défiance mais il peut aussi être perçu comme un allié.

M15 : « Moi je pense qu'on est qu'aux balbutiements...mais sur le long court, est-ce que c'est bon d'être marketisé sans arrêt ? c'est un problème. »

Après avoir défini le marketing social aux participants, ces derniers évoquent de nombreuses campagnes de prévention diffusées en France. Leur vécu du marketing social est mitigé et propre à chaque campagne. Si certaines leur paraissent percutantes et utiles, d'autres à l'inverse sont jugées inefficaces et inadaptées.

M14 : « Il y en a qui sont très parlantes et très appropriées mais il y en a certaines c'est ridicule. »

3.2.3.1 Raisons d'un vécu négatif

❖ **A l'initiative des pouvoirs publics seuls, donc imposé aux médecins**

Des médecins du 1er et 3ème focus groups évoquent l'aspect condescendant du marketing social en France, les projets étant à l'initiative des pouvoirs publics et non des acteurs de terrain.

M4 : « Les acteurs de terrains qui voient les gens...pourraient proposer des choses, sans aucun doute. Mais, comme on ne nous demande pas trop, que c'est un truc qui vient d'en haut... [...]. Je pense que cette façon d'aborder la politique de la santé publique, elle me semble un peu...passée. »

Les campagnes sont imposées aux MG n'étant pas impliqués à la base. Les médecins se sentent spectateurs du marketing social tel qu'il est employé en France d'autant plus que **les pouvoirs publics ont des objectifs économiques bien différents des objectifs des médecins.**

M4 : « C'est difficile...de demander à des gens de s'impliquer pour un truc pour lequel au départ on leur a pas du tout demandé et puis on leur sert tout cuit et puis on leur dit « et bien allez y soyez des militants de ça ». Eh bien non ! Je ne suis pas d'accord. Je veux avoir mon mot à dire sur le truc sur lequel j'ai milité ! »

❖ **Un frein dans la relation de confiance médecin-patient si désaccord ou méconnaissance**

Le marketing social peut être un frein pour le médecin en cas de désaccord avec le message délivré. Le patient est au centre de ce désaccord. Il ne sait plus qui écouter et doute ainsi de son médecin.

M13 : « Ça peut nous mettre en difficulté dans la mesure où le slogan n'est pas en adéquation avec notre travail. »

Lorsqu'un patient parle d'une campagne de marketing social à son médecin et que celui-ci n'en a pas eu connaissance, cela peut le mettre en porte à faux et être également un frein dans la relation de confiance médecin-patient.

M5 : « Vis-à-vis des patients, s'ils se rendent compte que je ne suis pas au courant, ils doivent se dire... [...] c'est un truc de santé « et elle n'est pas au courant quoi ». {Rires} ».

❖ **Campagnes ne faisant pas appel à l'intelligence**

Le marketing social est utilisé entre autres pour promouvoir le dépistage et la prévention. Par ce biais, des messages parfois trop simplistes et réducteurs sont délivrés sur des sujets portant à controverse. Ces messages ne font pas appel à l'intelligence du patient qui a un rôle de spectateur passif.

Des médecins citent l'exemple du marketing social fait autour du dépistage du cancer du sein. Les campagnes simplifient un message alors que « *le dépistage est plus compliqué à expliquer que ça. [...] C'est très simple de dire « dépistez-vous, vaut mieux prévenir que guérir » [...]. Tandis que d'expliquer le dépistage, pourquoi il y a un intérêt et/ou pourquoi il n'y a pas d'intérêt ...que la décision revient au patient..., de faire appel à son intelligence... ça prend beaucoup plus de temps. » (M4). Le message transmis aux femmes dans la campagne Octobre Rose est « paternaliste » et « infantilisant » (M4).*

Pourtant la médecine actuelle tend à quitter ce modèle pour un modèle plus informatif et bienveillant dans laquelle la décision médicale serait partagée afin d'**impliquer le patient** et de le rendre davantage **acteur de sa santé**. « Assener » un message « simpliste », « ça n'incite pas à être acteur » (M6).

M4 : « Pour la santé [...] on va hyper simplifier pour que ça reste dans la tête des gens « 5 fruits et légumes par jour » [...] mais du coup à quel type de cerveau ça s'adresse ? Sans doute pas aux plus évolués et ça ne va pas permettre de développer des choses, et nous, on aimerait bien parler plutôt à l'intelligence de nos patients ... »

❖ **Trop de campagnes**

Les médecins n'ont cessé de répéter qu'ils étaient « noyés » par un trop grand nombre de campagnes. Cela pourrait nuire à leur qualité en diluant les nombreux messages. Il faudrait privilégier la qualité à la quantité.

M15 : « Je trouve qu'il y a trop de campagnes [...]. Je ne sais pas si le message de prévention...ne va pas se diluer. »

❖ **Ephémère**

Un slogan ou une campagne de marketing social est éphémère dans le temps mais peut aussi l'être dans le fond.

Concernant le temps, une campagne se déroule sur une certaine durée et elle est renouvelée ou pas selon l'efficacité, la politique menée et le budget alloué. Selon sa pertinence elle marque plus ou moins les esprits. Si les messages utiles ne sont pas pérennisés, les générations futures peuvent ne plus être sensibilisées.

M20 : « Le marketing c'est quelque chose qui est temporaire »

Sur le fond, le risque est que les slogans ne soient pas pérennes du fait de l'évolution des connaissances scientifiques. Les médecins ont évoqué à de nombreuses reprises le dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du taux de PSA. Bien que ce dépistage systématique ne soit plus préconisé, le message est toujours ancré auprès des patients qui sont demandeurs. Les médecins peuvent se retrouver en difficulté.

M7 : « Il y a des messages qui peuvent changer au fur et à mesure...par exemple sur la vaccination...quand les choses changent les gens sont très perturbés parce qu'on leur a asséné quelque chose comme une vérité avec un grand V et finalement la vérité elle change donc [...] la science c'est quelque chose qui bouge qui évolue en fonction de ce qu'on sait. »

❖ **Vécus différents selon l'investigateur, l'influence des lobbies, le message et le médecin**

Le marketing social peut être un **outil** efficace en santé mais les médecins évoquent le fait que cet outil puisse être **détourné** et **influencé** par les pouvoirs publics ou les lobbies, dont les objectifs sont souvent bien éloignés de la santé publique.

M3 : « Ma crainte en fait c'est...dans quelle main est cet outil ? Si c'est un outil qui vient d'en bas concerté peut-être à une petite échelle régionale...ça peut-être quelque chose d'intéressant. Après ...si c'est directement parachuté du ministère de la santé avec l'influence de tel ou tel lobbying qui va plus ou moins déformer le message à destination des citoyens et des patients, là, c'est moins intéressant... »

Ils affirment que les lobbies sont impliqués dans certaines campagnes et donnent en exemple la campagne sur la DMLA.

M7 : « Il y en a qui sont faites par les lobbyings ! [...] Moi j'entends la DMLA tous les matins. »

Des médecins s'interrogent sur le fait que certaines campagnes non prioritaires aient plus de moyens que certaines luttant contre des problèmes de santé publique.

M20 : « C'est bizarre parce que le vaccin de la grippe c'est quand même un truc très ancien et on reçoit chaque année les affichettes [...]. Comme quoi, des fois, pour des choses anodines, ils ont les moyens... »

Lorsque le marketing social est utilisé par les pouvoirs publics ou d'autres structures sans concertation préalable avec les acteurs de terrain, les médecins peuvent initialement « avoir une force d'opposition », « alors que si au contraire on est à l'impulsion et bien là on va aller défendre bec et ongles...cette action-là » (M3). Leur jugement par la suite dépendra de leur adhésion au message communiqué, de l'identité du communicant et de potentiels conflits d'intérêts. En cas de doute, d'informations floues, certains médecins ne relayeront pas le message.

D'autres médecins à l'inverse n'ont pas d'a priori sur le marketing social à l'initiative des pouvoirs publics seuls sans pour autant être de meilleurs relais.

Le marketing social est subi par les médecins qui n'y sont pas formés. Ils émettent de nombreuses craintes vis-à-vis de cet outil qui :

- peut être détourné par les pouvoirs publics et/ou les lobbies à des fins économiques, politiques ou commerciales bien éloignées des objectifs de santé des médecins ;
- véhicule des messages hyper-simplifiés afin d'expliquer une réalité pourtant nuancée ;
- s'oppose à la relation de confiance médecin-patient en infantilisant le patient alors que le médecin tend à inciter son patient à être acteur de sa santé.

3.2.3.2 Raisons d'un vécu positif

❖ **Un marketing social pouvant être efficace et percutant : une aide, un bonus**

Lorsque le message marketing est en adéquation avec la pratique du médecin, ce marketing social peut être une plus-value, d'autant plus que les personnes y sont souvent très réceptives. Cet outil peut être utilisé activement par le médecin en diffusant le message au sein de son cabinet. Il peut également constituer une ouverture au sein de la consultation qu'elle soit à l'initiative du médecin ou du patient lui-même.

M4 : « Il y a une espèce d'effet d'aubaine [...] quand ça m'arrange et que ça m'apporte...de l'eau à mon moulin...je suis bien content. »

Le marketing social est un bon moyen pour faire de l'éducation à la santé. Il peut être un soutien et un relais pour les médecins qui s'épuisent parfois à délivrer continuellement les mêmes messages au sein du cabinet. Il permet de délivrer un message à grande échelle qui peut être plus impactant qu'un discours délivré par son médecin.

M15 : « Au fil des années tu répètes toujours la même chose, et là, que ce soit un tiers peut-être qui dise exactement la même chose mais d'une autre manière, avec un impact national, ça peut te libérer... »

Les participants ont évoqué plusieurs campagnes efficaces et percutantes dont certaines les ayant aidés en tant que médecins. Tous sont unanimes pour dire que le slogan « les antibiotiques c'est pas automatique » a été d'une aide précieuse. D'autres campagnes positives ont été citées comme « en

cas de douleurs thoraciques faites le 15 », « en cas de paralysie faite le 15 », les campagnes de lutte contre la grippe préconisant de se laver les mains, le dépistage du cancer colorectal, zéro alcool lorsqu'on est enceinte, « un verre ça va, 2 verres bonjour les dégâts », les campagnes de prévention et de dépistage contre le VIH, les campagnes de prévention routière etc.

❖ **Une arme efficace à l'échelle commerciale qui pourrait être une force pour la santé publique**

L'efficacité du marketing à l'échelle commerciale est une évidence. Ce marketing utilisé à bon escient en santé publique pourrait être une force. Il peut permettre entre autres « *de lutter contre le marketing des lobbies par du marketing social car il faut utiliser les mêmes armes pour contrebalancer* » (M20).

Utilisé à bon escient, le marketing social peut être une force pour la santé publique en :

- permettant de lutter contre le marketing commercial notamment des industries du tabac, de l'alcool et de l'agro-alimentaire ;
- aidant les médecins généralistes à véhiculer un message à grande échelle.

3.2.3.3 Quels rôles se donnent les médecins vis-à-vis du marketing social ?

En dehors des rares campagnes de dépistage ou de prévention faisant l'unanimité, le **rôle** du MG face au marketing social est **compliqué**. Les médecins s'interrogent sur leurs devoirs. Dans le cadre de leur convention doivent-ils cautionner et relayer toutes les campagnes ? Dans l'affirmative, cela pousse les médecins à ne pas s'interroger sur le bien-fondé de chaque campagne ce qui tend à leur instrumentalisation. M21 s'insurge « *on est médecin on n'est pas uniquement des faire-valoir de tout un tas de structures.* ». M1 s'interroge : « *Comment on peut relayer une information si on ne sait pas la vérifier, si on ne veut pas la vérifier* ». Si les médecins ne doivent pas tout cautionner d'emblée, il est alors de leur devoir de s'informer afin de garder un esprit critique, ce qui nécessite un certain investissement. En cas de désaccord partiel ou total avec une campagne, il peut être **difficile** pour le médecin de se placer en dissident. Cela est chronophage et peut avoir une incidence négative sur la relation médecin-patient.

M1 : « On peut être assez schizophrénique [...] on accepte...peut-être de faire la promotion des campagnes de dépistage...de façon...induite par cette convention [...]. C'est à la fois compliqué de se positionner en dissident par rapport à la bienpensance...Ou alors...par...fainéantise intellectuelle on va accepter les choses et relayer simplement... [...] On peut se limiter à ça ou alors partir dans des envolées lyriques [...] mais casser l'institution ça peut être difficile aussi. »

❖ **Rester critique et s'informer : pas si simple**

Tous les médecins souhaitent garder un esprit critique sur leurs pratiques et sur le marketing social auquel ils sont confrontés. Ce regard critique nécessite que les médecins soient formés, informés et qu'ils s'informent par eux-mêmes.

M14 : « Il faut qu'on connaisse le sujet [...]. Donc il faut que l'on soit bien informé. »

Ces conditions sont difficilement réunies, les médecins pointant du doigt un manque d'informations sur les campagnes, un manque de formation à la médecine préventive et une absence de formation au marketing social.

➤ Pas formé au marketing ni à la prévention en santé publique

Après avoir énoncé la définition du marketing social, les médecins ont été interrogés sur leur vécu du marketing social. Une majorité semble initialement perplexe et préfère laisser la parole ; certains médecins disent qu'ils ont « zéro » compétence (M2). Le marketing social semble bien éloigné de leur rôle de médecin voir même incompatible.

A la question « quelle place à le marketing social en France ? », M10 répond : « *je ne sais pas je n'y connais rien. Je ne pourrais absolument pas te répondre* ».

Parallèlement, les médecins avancent des dysfonctionnements du système de santé français dans le domaine de la prévention. Les médecins ne se sentent pas compétents alors qu'ils affirment que la prévention fait partie d'un de leurs nombreux rôles.

M15 : « *La médecine préventive c'est de notre travail et c'est quelque chose qu'il faut développer...et là on n'est pas bon. Enfin je me considère comme pas bon. {Rires}* ».

➤ Difficulté d'avoir un avis tranché si on est mal informé ou si les informations sont discordantes

Les médecins déplorent des informations de mauvaise qualité et discordantes. Les pouvoirs publics tranchent, alors que les études scientifiques ne sont pas toujours unanimes. En termes de santé, la balance bénéfices-risques n'est pas toujours évidente. Les pratiques peuvent ainsi diverger d'un médecin à l'autre.

M5 : « *Je trouve que dans toutes ces campagnes [...] ce n'est pas clair en fait. Il n'y a rien qui est clair. On a l'impression que finalement on ne sait pas grand-chose, on ne sait pas si ça nous apporte quelque chose...tout le monde a sa version des faits, et nous on est là, au milieu, il faut prescrire et il faut agir et il faut faire au mieux* ».

❖ Rôle de décrypteur auprès des patients

Les médecins ont le rôle de décrypteur de certaines campagnes, de certains slogans. Ils peuvent notamment développer en expliquant les pour et les contre car « *c'est rarement tout noir ou tout blanc* » (M7). Cela demande du temps car « *c'est sûr que c'est très long à expliquer.* » (M7)

➤ Fatigant, chronophage et difficile d'accès pour certains patients

Ce rôle n'est pas toujours accompli, car les médecins manquent de temps or ce rôle est chronophage. Il est d'autant moins accompli quand les médecins sont fatigués ou qu'ils jugent que leur patient n'est pas à même de comprendre les nuances. Les médecins sont fatigués de devoir expliquer sans arrêt les mêmes choses bien qu'ils tendent à réindividualiser chaque message. Il est plus facile et rapide d'éviter le débat.

M7 : « *Expliquer le dépistage [du cancer du sein et de la prostate], pourquoi il y a un intérêt...ou pourquoi il n'y a pas d'intérêt ...que la décision revient au patient, de faire appel à son intelligence [...] ça demande beaucoup plus de temps, beaucoup plus de réflexion comme tu dis (regardant M1) quand on est fatigué [...] on sait...à qui on peut tenir ce genre de discours et puis il y en a d'autres...je n'ai même pas essayé et peut-être que je me trompe ?!* »

Suivre ou débattre ? Cela dépend de chaque médecin, du patient et du sujet abordé. Plus les médecins se sentent informés sur le sujet plus ils sont à même d'ouvrir le débat.

M5 : « *Je suis un petit peu partagée parce qu'en fait...des fois je suis...je suis ! Et je n'ose pas...rentrer dans des débats avec les patients pendant des heures et des heures pour leur expliquer quelque chose.* »

➤ **Messages devant être développés et adaptés aux patients par leurs professionnels de santé**

Le marketing social permet de délivrer un message global à une population cible, souvent simplifié. Dans la plupart des campagnes, le médecin a le rôle de développer et de réindividualiser le message à son patient s'il le juge opportun.

M11 : « Toute information donnée globalement on la redélivre de manière individualisée à la personne qu'on a en face de nous. »

Si le message marketing précise « Parlez-en à votre médecin » et que le médecin est formé au sujet et informé de cette campagne alors ce marketing peut-être « un détonateur » (M2). Il peut encourager le patient à consulter son médecin pour plus de précisions et de conseils.

❖ **Le rôle est-il de rester passif en cautionnant tout d'emblée ?**

Le marketing est efficace avec ces « belles couleurs », ces « slogans », ces « jeux de mots » (M1). On peut tous se « laisser embarquer facilement » si l'on n'y réfléchit pas et ainsi « cautionner d'emblée et sans [s]'informer finalement du fond et peut-être d'en oublier le résultat qu'on attend » surtout lorsqu'il s'agit d'une campagne à « échelle nationale » (M1). Les médecins peuvent avoir tendance à rester passifs par facilité en relayant et en cautionnant tous les messages d'emblée.

M1 : Je suis assez sensible à ça, assez corruptible [...] s'il n'y avait pas les groupes de pairs pour nous permettre d'avoir un esprit critique, [...] j'aurais tendance à adhérer. »

❖ **Rôle de ne pas critiquer ouvertement ou rôle de dissident auprès des patients ?**

Lorsqu'un médecin n'adhère pas à une campagne de santé publique, au-delà de ne pas la relayer, deux attitudes se distinguent lorsqu'un patient leur en fait part. Si les uns pensent qu'il ne faut malgré tout jamais la critiquer négativement, d'autres à l'inverse expriment et expliquent leur désaccord.

M14 : « Qu'elle soit bonne ou pas bonne il ne faut pas la critiquer parce que si tu la critiques ça veut dire que tu te mets en porte-à-faux vis-à-vis de la santé publique. »

Certains médecins expriment clairement leur désaccord concernant le dépistage systématique précoce du cancer du sein et la campagne Octobre rose. Ils peuvent être amenés à en parler avec leur patient.

M4 : « Quand une femme de 40 ans veut une mammographie bah c'est l'inverse de l'effet d'aubaine du coup [...] Pour le coup là...je me positionne en dissidence. Je leur dis « ce message que vous avez entendu, je ne suis pas d'accord et mon discours à moi il est sous-tendu par ce que je vais vous expliquer là ». Et après des gens me disent « mais pourquoi alors il y a ces trucs », bah je ne sais pas, il y a sans doute des choses qui dépassent nos entendements à nous mais en tout cas voilà pourquoi moi je n'adhère pas à ce discours-là. »

Idéalement, face au marketing social, les médecins se doivent de rester critiques et ont un rôle de décrypteur. Ce rôle est très complexe du fait d'un défaut de formation et d'information tant sur la prévention que sur le marketing. Il leur est d'autant plus difficile d'avoir un avis tranché lorsque certaines données scientifiques divergent. Si certains médecins n'hésitent pas à se positionner en dissidents vis-à-vis de certaines campagnes, la plupart ont tendance à ne pas critiquer ouvertement par souci de cohérence, voire à tout cautionner d'emblée par facilité.

3.2.3.4 Confusion entre marketing social et commercial

De nombreux participants confondent marketing social et marketing commercial ou médical. La confusion a lieu dans les deux sens.

M10 : « En France c'est [...] le marketing social pour fumer pas pour arrêter de fumer. »

Ils déplorent un manque de clarté et un manque de sensibilisation de la population y compris des médecins.

M7 : « Cette histoire de marketing médical...je n'ai pas bien compris entre les choses nationales d'organismes publiques...et le marketing médical [...]. Si tu n'es pas sensibilisé... [...]. Les patients et les médecins aussi ne font plus la différence du coup. Ils le voient comme une pub... »

Ce manque de clarté et de sensibilisation impacte tout le monde y compris les plus jeunes qui dès le plus jeune âge jonglent entre marketing commercial et social sans pouvoir en faire la distinction. Cela entraîne une confusion néfaste au marketing social.

M15 : « Mon petit-fils qui a 8ans...il cite « 5 fruits et légumes » mais d'un autre côté il va citer pour son grand-père qui trouve à un périmètre abdominal un peu trop avancé [...] « Papi tu devrais t'inscrire à Comme j'aime ! » {Rires}...Il passe du marketing social...préventif à un marketing commercial. »

Il faudrait sensibiliser les personnes dès le plus jeune âge en les éduquant à l'école, en leur apprenant à « résister » et « à être critique vis-à-vis des informations » (M15) reçues via toute forme de médiatisation qu'elle soit marketing ou non. Il est possible que des lobbies, interdits de publicité, détournent les médias à leur avantage via des reportages ou des films par exemple.

Afin de limiter la confusion entre marketing social et commercial, il est proposé de sensibiliser à cette problématique, les médecins et les enseignants via leur formation et les enfants via l'école.

3.2.4 Idées d'amélioration de la campagne

3.2.4.1 Améliorer l'implication des médecins généralistes

Dans la campagne #MoisSansTabac, les médecins ne se sont pas sentis partenaires. Ils n'ont pas eu l'impression d'être concernés. Ils proposent d'être explicitement identifiés comme partenaires de la campagne lorsque leur implication est souhaitée. M8 propose que les fumeurs soient clairement « incit[és] [...] à venir voir leur médecin pour parler du tabac ». Cela nécessite que les médecins aient facilement accès à des outils simples et adaptés. Plus largement, ils proposent de repenser totalement la campagne et tous ces types de campagnes en sollicitant les professionnels de santé à la base. Les médecins à l'initiative d'un projet seront « impliqués à fond » dans celui-ci.

❖ Privilégier les projets locaux émanant des acteurs de terrain

Les projets locaux émanant d'acteurs de terrain sont à privilégier. Ils sont adaptés au contexte local et les acteurs à l'initiative de ces projets seront tout naturellement motivés et investis.

➤ Faciliter le travail d'équipe (MSP, Asalée, groupes de parole)

Les projets pertinents et concrétisés sont le plus souvent à l'origine d'un travail d'équipe et de « réflexions communes » (M4). Ils proposent donc d'**encourager le regroupement de médecins et d'autres professionnels de santé**. Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sont à développer car elles favorisent les échanges, ce qui peut certainement aboutir à la création de projets communs locaux.

M1 : « Je pense qu'on est...plus réceptifs à ces campagnes si on est en équipe, si on est sur un même lieu aussi. »

Concernant le défi #MoisSansTabac, les **MSP** ont toutes leur place. L'équipe de professionnels de santé peut, via une dynamique de groupe, participer au défi. En communiquant sur leur **défi collectif de soignants**, ils peuvent motiver leurs patients fumeurs à rejoindre ce défi collectif.

M1 : « Je pense qu'en maison de santé...il peut y avoir un défi collectif de soignants qui peut transmettre aussi un défi collectif au niveau des patients. »

Pour les médecins travaillant en équipe avec une infirmière Asalée, cette collaboration leur semble très utile notamment dans le cadre du sevrage tabagique et de son suivi. Ils proposent de **renforcer le nombre d'infirmières Asalée** pour tendre à généraliser ce travail d'équipe qui permet une prise en charge individuelle.

M6 : « Pour l'instant mon outil principal c'est de les renvoyer vers Asalée c'est sûr. Donc une infirmière Asalée ! »

Les médecins en dehors du dispositif ne connaissent pas Asalée, mais y semblent favorables.

Un médecin propose de réfléchir à une nouvelle structure organisationnelle afin de **développer** efficacement « l'entité de **médecine préventive** » (M15) en privilégiant un travail collectif au sein d'un organisme pluridisciplinaire formé de professionnels de santé compétents.

M15 : « On peut améliorer...avec une dynamique de groupe d'éducation à la santé [...]. La prévention et la maladie chronique c'est des choses où il ne faut pas travailler tout seul, il faut travailler différemment, il faut s'organiser. Alors il y a une place pour le médecin mais il y a une place pour d'autres personnes. »

➤ Valoriser la prise en charge

L'implication totale dans un projet de santé demande du temps. Les médecins en ont « tous un peu marre » de « l'aspect bénévolat » (M1). Une compensation financière du temps dédié ou des enveloppes sous forme d'appels à projets pourraient les motiver à s'impliquer dans des projets qu'ils soutiennent.

M1 : « On parle de virage ambulatoire, peut-être qu'on nous en donne pas les moyens. [...] C'est pour ça que dans les maisons de santé il y a ces nouveaux modes de rémunération...je pense que toute peine mérite salaire...ça peut-être une façon de nous impliquer, de nous aider à monter des projets personnalisés à une échelle...locale. »

● Financement du temps dédié par les professionnels de santé

Les médecins souhaitant s'impliquer dans une action de prévention comme #MoisSansTabac ont besoin de « **temps dédié financé** » (M3).

M3 : si on veut mener des actions de prévention..., que les patients doivent être impliqués, on doit avoir du temps dédié parce que sinon on est noyé dans les consultations...et ça, ça veut dire un temps dédié financé par une structure de prévention...où on ne va pas se sentir bénévoles ou lésés. »

Un médecin pointe du doigt l'absence de cotation pour un entretien sevrage tabagique qui « peut être long » (M15).

- **Financement du projet en lui-même via des appels à projets**

Ils proposent la **mise en place d'aides sous forme d'appels à projets** tout au long de l'année dans le domaine de la prévention. #MoisSansTabac pourrait être une date fédératrice mettant en lumière différents projets locaux concernant l'aide au sevrage tabagique.

M1 : « Sous forme d'appels à projets, on nous propose des enveloppes. Nous on construit un projet et voilà. [...] C'est qu'on s'implique, c'est du temps. [...] Après...que ça colle ou pas à une campagne #MoisSansTabac sur un mois précis ça je n'en sais rien [...] après qu'il y ait une date qui fédère...pourquoi pas... »

Dans le cadre de ces appels à projets, il pourrait être également prévu la mise à disposition d'une personne extérieure déchargeant les médecins et autres acteurs de la partie administrative ou logistique du projet.

M3 : « j'aime bien l'idée d'appels à projets... [...] peut-être donner juste un support...logistique...avec quelqu'un qui coordonnerait un peu les réunions, qui proposerait des outils en fonction des attentes des professionnels de santé...ça serait un bon outil qui partirait de nous et dont on pourrait se saisir. »

Si les initiateurs du projet le souhaitent, des structures locales comme AGIR ou l'ANPAA pourraient être de bons intermédiaires dans le cadre de ces appels à projets en proposant de l'aide pour la construction du projet.

- **Redonner la parole aux acteurs de terrain dès la construction d'une campagne**

Les MG sont les professionnels de santé les plus fréquemment consultés pour la majorité des patients. Cela fait d'eux des interlocuteurs privilégiés. Pourtant les MG ne seraient pas sollicités par les pouvoirs publics qui ne feraient qu'insuffisamment remonter des informations du terrain. Ils demandent que la parole soit **redonnée aux acteurs de santé de terrain afin qu'ils puissent donner leurs idées, orienter les campagnes et les différents projets sur leurs préoccupations et leurs attentes.**

*M4 : « Le premier recours médical pour la plupart des patients c'est quand même le MG et c'est bizarre que nous tous on ne soit pas plus impliqué que ça là-dedans. [...] la médecine générale [...] on ne s'en sert pas suffisamment en France [...] Je pense qu'on perd une source d'information énorme parce que **les acteurs de terrains qui voient les gens...pourraient proposer des choses sans aucun doute.** »*

Le prochain #MoisSansTabac doit être repensé en partant de la base. Les attentes et les propositions des différents acteurs de terrain doivent être préalablement recueillies, recoupées et analysées. Si la prochaine campagne correspond davantage aux attentes des MG, ils n'en seront que plus impliqués.

M21 : « Si on veut faire une campagne pour améliorer l'arrêt du tabac [...] il faut partir de la base. Mais on en revient toujours au problème de la médecine actuellement. C'est qu'on a une médecine qui est dirigée et on doit suivre. Le principe de la médecine c'est quand on est face à un patient et on fait remonter les informations. »

Un participant propose que les acteurs de terrains soient sollicités par questionnaires informatisés sur le **modèle Delphi.**

M4 : « Je participe à pleins de travaux..., on peut faire des trucs sur le modèle des rondes Delphi, nous faire participer « tiens quelle ACTION vous semble PERTINENTE à mener sur votre territoire que VOUS connaissez bien ? Vous êtes des experts de votre territoire et vous allez nous proposer de mener un truc. [...] Une fois qu'on a participé à ce truc là...on serait impliqué, on défendrait notre truc bec et ongles parce que ce serait notre idée, même si ce n'est pas nos propositions qui étaient retenues on sait qu'on y aurait participé... »

Un médecin propose que les médecins fumeurs soient tout particulièrement sollicités en tant qu'experts dans la conception de la prochaine campagne #MoisSansTabac. Ils seraient parmi les mieux placés pour savoir ce qui est pertinent pour encourager à l'arrêt.

M13 : « Ça serait très intéressant de...leur demander « vous en tant que médecin puisque vous êtes fumeur, qu'est-ce que vous attendriez de ce genre de travail comme slogan ? qu'est-ce qui vous ferez bouger ? » »

❖ **Faciliter la promotion de la santé autour du sevrage tabagique via l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique par des actions de proximité notamment durant #MoisSansTabac**

Les médecins proposent de mettre en place une **prise en charge collective** du tabac soit en prévention primaire via **l'éducation à l'école** soit en prévention secondaire par une prise en charge ambulatoire collective via des **stages** sous forme de **groupes de parole**. Un médecin propose également une prise en charge hospitalière sous formes de **cures** d'aide au sevrage tabagique.

M15 : « Proposer des groupes pour ne pas répéter à chaque fois la même chose, 10 à 15 personnes...dans un cabinet de groupe ou dans une patientèle c'est facilement trouvable. Je pense qu'on va plus facilement trouver une heure en soirée ou dans l'après-midi, qu'à chaque consultation faire la même chose. »

L'objectif de ces **groupes de parole ouverts à tous les fumeurs** (qu'ils soient patients, médecins ou aucun des deux) serait de **les motiver à se joindre au défi**. « Ça serait de leur dire « il y a des groupes de parole entre fumeurs si vous vous inscrivez dans le défi ».

M12 : « Ça pourrait être l'occasion de proposer des petits stages sur l'arrêt du tabac mais collectif [...] Après viennent ce qui veulent, et puis ça réussit ou ça ne réussit pas de tout façon ce n'est pas important. Ce qui compte c'est que les gens fassent une démarche. [...] On laisse les gens discuter. »

Pour d'autres médecins, le plus pertinent serait d'éduquer les futures générations avant qu'ils ne commencent à fumer en leur exposant les dangers du tabac de façon interactive. Des professionnels de santé compétents et disposés, médecins ou non pourraient intervenir.

M2 : « Si on va dans les écoles pour expliquer aux enfants qu'il ne faut pas fumer...dès la maternelle...ça peut-être aussi efficace que les slogans à la télé. »

❖ **Faciliter l'accès aux outils de #MoisSansTabac**

➤ **Envoi systématique d'au moins un kit**

Ils proposent à l'unanimité qu'au moins un kit leur soit envoyé afin qu'ils aient connaissance de l'outil. C'est le minimum requis pour que les médecins se sentent mieux informés et qu'ils puissent éventuellement relayer la campagne.

M6 : « Recevoir le kit déjà, je pense que ça serait déjà pas mal parce que quand c'est les patients qui te le font découvrir c'est vrai qu'on a l'air un peu idiot. »

Après avoir vu le kit, il a été proposé d'améliorer la structure « chevalet » de l'agenda afin de faciliter son utilisation sur bureau et le changement de page. L'envoi du kit contenant l'agenda inviterait les médecins à mettre l'agenda « chevalet » en évidence sur leur bureau et donc à communiquer sur #MoisSansTabac.

M15 : « [A propos de l'agenda] Tu pourrais le mettre sur ton bureau. Tu pourrais imaginer pendant #MoisSansTabac si tu avais l'outil [...] tous les jours tu tournes la page... Les gens peuvent te poser des questions. »

D'autres médecins suggèrent que la mise à disposition de kits à distribuer à leurs patients impliquerait davantage les MG.

M20 : « Les kits, on pourrait avoir les kits. »

➤ **Envoi systématique d'une affiche et de flyers**

Certains proposent qu'une affiche et des flyers soient envoyés systématiquement. Cela « nourrit la réflexion » (M8) et peut permettre de parler du tabac au sein d'une consultation.

❖ **Améliorer le réseau et sa connaissance**

Les médecins n'ont pas toujours connaissance du réseau existant. Ils proposent d'être davantage informés des différents partenaires du réseau.

M1 : « Qu'on ait une connaissance...du réseau parce qu'en fait il y a un réseau addicto. »

Lorsqu'ils en ont connaissance, ils déplorent une absence d'échange avec les tabacologues.

M5 : « A l'hôpital, ils vont au centre anti-tabac... mais...il n'y a pas de retour. »

Ils demandent à pouvoir se construire un réseau de proximité.

❖ **Favoriser le recours aux traitements utilisés dans le sevrage tabagique**

➤ **Remboursement des TNS**

Le remboursement des traitements d'aide au sevrage tabagique et notamment des TNS permettrait au médecin d'avoir un plus grand rôle et de s'impliquer davantage dans le sevrage tabagique.

M9 : « Il faudra...que l'Etat fasse quelque chose pour que les traitements...soient remboursés...les médecins auront leur mot à dire puisqu'ils prescriraient. »

➤ **Mieux informer les médecins sur les traitements disponibles**

Les traitements d'aide au sevrage tabagique à disposition, remboursés ou non, évoluent régulièrement. Des médecins proposent de leur communiquer régulièrement une fiche de synthèse récapitulative des traitements recommandés, à disposition dans le sevrage tabagique.

M11 : « On pourrait nous refaire une liste des substituts disponibles potentiels... »

Afin d'améliorer l'implication des MG dans la campagne #MoisSansTabac il est proposé :

- **De privilégier les projets locaux émanant des acteurs de terrain en :**
 - **Privilégiant le travail d'équipe (MSP, Asalée...)**
 - **En valorisant la prise en charge (financement du temps dédié et appels à projets)**
 - **En donnant la parole aux acteurs de terrain dès la construction d'une campagne**
- **D'encourager l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique par des actions de proximité notamment durant #MoisSansTabac**
- **De faciliter l'accès aux outils de #MoisSansTabac (Kit, affiche et flyers)**
- **D'améliorer le réseau et sa connaissance**
- **De favoriser le recours aux traitements du sevrage tabagique (remboursement des TNS)**

3.2.4.2 Améliorer la communication de la campagne envers les professionnels de santé

❖ **Multiplier les outils d'information**

Chaque médecin est sensible à un ou des moyens de communication qui lui sont propres. Certains médecins préfèrent la version papier, d'autres la version numérique ou encore certains préfèrent être informés par un interlocuteur en direct « de vive voix ». Face à ces sensibilités diverses, il est proposé de diversifier les outils d'information à destination des MG afin d'en atteindre un maximum.

M14 : « Plus tu veux toucher de MG...plus il faut multiplier les outils d'information. »

➤ En direct via formation groupée ou délégué de prévention

Certains médecins se sentent plus concernés par ce moyen de communication en direct. D'autres à l'inverse ne sont pas prêts à se libérer du temps pour ce type de communication.

Deux moyens de communication en direct sont proposés, l'un par une formation groupée ciblée sur le sevrage tabagique et sur #MoisSansTabac en amont de la campagne #MoisSansTabac et l'autre par l'intervention en face à face d'un délégué de prévention.

● Formation groupée sur #MoisSansTabac :

Concernant l'idée de formation groupée, il est proposé de suivre le modèle de la campagne de dépistage du cancer colorectal via le test Hemocult c'est-à-dire de proposer à grande échelle une formation sur la campagne #MoisSansTabac présentant le kit et ce qui est attendu du MG.

M13 : « [Parlant de la formation groupée] Je suis persuadé que c'est ce qui est le plus motivant et le plus aidant pour un MG...ce n'est pas un flyer dans une boîte aux lettres. »

Cette formation pourrait inclure des rappels sur la prise en charge du sevrage tabagique et les principaux outils à disposition, certains médecins étant demandeurs.

Un médecin oppose à l'idée de formation groupée, le risque que les médecins éloignés des secteurs de formation soient exclus du fait des contraintes liées aux déplacements.

M22 : « Il y en a beaucoup aussi qui ne viendraient pas si ce n'est pas sur leur secteur... »

● Formation en face à face via un délégué de prévention :

Des médecins sont favorables à recevoir brièvement un délégué de prévention dans le cadre de #MoisSansTabac afin qu'il leur présente la campagne et notamment le kit. L'information délivrée ne doit pas excéder quinze à vingt minutes.

M18 : « Après moi je veux bien recevoir mais si la personne me dit ça ne durera pas plus de...tant. »

➤ Courrier ET mail interpellant (mise en page soignée, interlocuteur connu)

Les médecins doivent faire un tri dans les trop nombreuses informations qu'ils reçoivent. Beaucoup de courriers ou de mails ne sont pas lus. Courriers et mails sont des moyens de communication à conserver. Parmi ces nombreuses sollicitations, il est important de se démarquer en diffusant l'information via un interlocuteur connu et une mise en page soignée. « *Un vague mail ne suffit pas* » (M6) car l'information n'atteindra pas la cible.

Il faut privilégier le « *mail bien écrit, bien fait avec pourquoi pas un lien* » (M17) et un expéditeur ou une source connue comme le **bulletin de la CPAM** ou via la **liste de diffusion DGS-Urgent**.

Il faut multiplier les sources et expéditeurs cependant car tous les médecins ne font pas le même tri et ils peuvent être sensibles à des sources d'informations différentes.

❖ Informer tous les médecins généralistes

Les médecins demandent à six reprises d'être au moins tenu « *au courant* » de cette campagne #MoisSansTabac, en tant que professionnels de santé.

➤ A l'avance

Les médecins préconisent d'être informés environ **un mois à l'avance** soit fin septembre-début octobre.

M10 : « Il ne faut pas le faire trop tôt parce qu'après on l'oublie. [...] Peut-être le mois précédent... »

Cette information doit contenir les outils permettant de relayer la campagne (affiche, flyers, kit).

➤ **En sollicitant principalement les médecins formés**

Certains médecins ayant une orientation en addictologie dans un cadre libéral ou salarial déplorent de ne pas avoir été sollicités.

Les MG étant difficiles à solliciter et dans un souci économique, un participant propose de cibler les sollicitations aux médecins formés, ces derniers étant plus susceptibles de s'impliquer dans la campagne. Par exemple, les différentes informations et outils (kits, affiches, flyers) ne pourraient être envoyés qu'aux personnes ayant participé en amont à une réunion ou une formation traitant de #MoisSansTabac ou du sevrage tabagique.

M14 : « Si tu fais une formation en amont et que tu connais les gens qui se sont formés [...] ça peut être un moyen de les solliciter un petit peu plus que les autres. »

❖ **Focaliser les objectifs de prévention et de dépistage**

Les médecins se plaignent d'être noyés par de trop nombreuses informations. Etant trop sollicités, ils ne s'impliquent alors dans aucune campagne ce qui est à l'opposé des résultats escomptés. Des médecins proposent de **se focaliser sur un à deux problèmes de santé publique par an**.

M14 : « Dans l'information on se disperse beaucoup...Est-ce que ça ne serait pas plus utile de se focaliser, sur plusieurs années, sur un fléau...le tabac ou deux même ! »

Afin d'améliorer la communication envers les professionnels de santé, il est proposé :

- **De multiplier les outils d'information de qualité (formation groupée, délégué de prévention, courrier ET mail interpellant)**
- **D'informer tous les médecins généralistes à l'avance en sollicitant principalement les médecins formés**
- **De focaliser les objectifs de prévention et de dépistage**

3.2.4.3 *Améliorer la communication envers les citoyens*

❖ **Améliorer et multiplier les outils d'information**

➤ **Spots, slogans et affiches à revoir**

Il est proposé que les **spots** concernant #MoisSansTabac soient **diffusés en amont** de la campagne environ un mois avant. Sur le fond, les messages délivrés pourraient, en plus d'être incitatifs, être **davantage informatifs** en communiquant sur le « pourquoi arrêter de fumer » avec une information sur les risques du tabac ou sur les bénéfices à arrêter de fumer. Sous cette forme, les patients consultant leurs médecins seraient davantage sensibilisés ce qui pourrait faciliter leur prise en charge médicale.

M2 : « J'ai besoin qu'on explique plutôt pourquoi aux patients pourquoi il faut arrêter de fumer en amont. »

Après leur avoir montré une affiche et un flyer, les médecins sont critiques. Concernant le slogan le plus utilisé, « En novembre, on arrête ensemble », aucun médecin ne l'a mémorisé. Il n'est pas « *une*

punchline » (M20). Le design n'est pas non plus optimisé. Ils proposent que des personnes compétentes en marketing réfléchissent à un **nouveau design** et à un **nouveau slogan plus percutant** à l'image « des antibiotiques c'est pas automatique ».

➤ **Multiplier les outils d'information (télévision, radio, presse, affiches, oriflammes, réseaux sociaux, influenceurs, application, courrier...)**

Il est proposé de multiplier les outils d'information à destination de la population cible afin d'en atteindre un maximum. Parmi les différents moyens d'informations les participants ont cité une communication interpersonnelle via courriers (postaux ou électroniques) et une communication de masse via les médias « classiques » la télévision, la radio, la presse, l'affichage (oriflammes, affiches, flyers) mais aussi internet avec l'utilisation des réseaux sociaux et des influenceurs d'opinion.

M11 : « Il faut multiplier les sources. Il n'y a peut-être pas que la télé, la radio et les flyers chez les généralistes ou les affiches devant les pharmacies. Voilà, il y a peut-être d'autres relais de sensibilisation. »

❖ **Rendre la campagne plus festive**

➤ **Organisation d'évènements festifs**

Le principe de défi collectif peut être très fédérateur si le défi est festif, à l'image de certains évènements comme le ramadan ou la coupe du monde de football. Les promoteurs doivent réfléchir à un format plus festif de la campagne #MoisSansTabac et inciter le développement d'évènements festifs à l'image d'Octobre Rose et ses courses à pieds.

M4 : « Que ça soit un peu festif... [...] Cette idée-là [...] je trouve ça pas mal »

➤ **Système de récompense**

Après avoir reçu l'information suivante, « D'après l'étude de la campagne à succès Stoptober, sur laquelle s'est calquée la campagne #MoisSansTabac, le principal objectif, afin d'augmenter le nombre de personnes ayant arrêté de fumer suite à la campagne, serait d'augmenter le nombre d'inscrits au défi. », lorsqu'on leur demande « Comment motiver vos patients à s'inscrire au défi ? », des participants proposent la mise en place de système de récompense.

● **Développer une application ludique :**

Des médecins évoquent avec enthousiasme la **création d'un système ludique avec des cadeaux** à la clé. Cette proposition de « carotte » récompense fait débat allant à l'encontre de nos connaissances actuelles sur la motivation.

M19 : « Et si on arrivait justement à contourner cette motivation à travers un système plus ludique, un jeu voilà, par des récompenses, ça peut-être une solution. »

● **Incitation financière :**

D'autres participants proposent une incitation financière, ce qui pourrait être incitatif surtout pour les personnes en situation de précarité. Un médecin propose une exonération de la franchise des médicaments.

M16 : « Une compensation financière [...], exonéré de la franchise sur les médicaments... Si on pouvait [...] avoir une obligation de résultats [...] ... L'aspect financier ça marche toujours. »

❖ **Mieux définir la population cible**

➤ **Restreindre la cible**

Afin d'optimiser l'impact de la campagne sans en augmenter les dépenses, la cible de la campagne doit être restreinte.

M14 : « Après c'est un coût aussi [...]. Si on ne se donne pas beaucoup de moyens, il faut cibler...peu de gens.

Restreindre la population cible permettra de délivrer un message plus personnalisé donc plus impactant. Les lieux de diffusions doivent être adaptés aux fréquentations connues de la cible.

M20 : « Il faudrait vraiment cibler une population par année. [...] Par exemple cette année...on tape sur les 18-24ans, on met dans tous les lycées, on met dans tous les bar-tabac...des affichettes pour les jeunes, peut-être que ça marcherait plus que de faire une large campagne de 18 à 50ans. [...] C'est plus impactful ! »

➤ **Intégrer les non-fumeurs :**

Un médecin propose d'élargir la cible aux non-fumeurs afin que ces derniers puissent mieux connaître les attitudes à adopter face à un proche fumeur qui souhaite arrêter de fumer afin de le soutenir et de l'encourager adroitement dans sa démarche.

M11 : « Est-ce qu'on n'aurait pas...pu mettre à contribution les non-fumeurs ?»

❖ **Simplifier et systématiser l'inscription au défi avec création d'une liste de diffusion**

Il est proposé de systématiser l'inscription au défi des patients souhaitant participer via la carte vitale. Cela nécessiterait une brève intervention des professionnels de santé.

M20 : « On dit à Ameli de mettre un portail temporaire pendant tout le mois où il n'y a qu'à mettre la carte vitale du patient et on clique ok pour dire ...qu'il est d'accord pour qu'on l'inscrive sur la mailing list »

➤ **Envoi d'un courrier, mail à la cible de façon systématisée**

Cette inscription permettrait d'envoyer aux inscrits qui le souhaitent des courriers ou des mails via la création d'une liste de diffusion afin de les encourager et ainsi contribuer à alimenter leur motivation.

➤ **Meilleure évaluation de la campagne si inscription systématisée**

L'inscription plus systématique via le médecin permettra à chaque médecin ayant inclus des patients d'avoir un retour direct de l'efficacité de la campagne à l'échelle de sa patientèle.

M20 : « On pourra dire, tel médecin a recruté tant de personne et le médecin, il a un retour sur ses patients. »

Afin d'améliorer la communication envers les citoyens, il est proposé :

- **D'améliorer et de multiplier les outils d'information**
- **De rendre la campagne plus festive (événements festifs, systèmes de récompense)**
- **De redéfinir la population cible en restreignant la cible et en intégrant les non-fumeurs**
- **De simplifier et de systématiser l'inscription au défi avec création d'une liste de diffusion ce qui permettrait :**
 - **L'envoi de courriers, mails à la cible de façon systématisée**
 - **Une meilleure évaluation de la campagne**

4. DISCUSSION

4.1 Forces et limites de l'étude

Le choix de l'étude qualitative constituait le meilleur choix pour retranscrire les opinions et les propositions des médecins sur #MoisSansTabac. L'échantillon constitué pour ce travail n'avait pas pour but d'être représentatif des MG du Lot-et-Garonne mais devait être le plus hétérogène possible afin de recueillir un large panel de vécus, et d'idées d'amélioration de la campagne.

Le recrutement des MG s'est déroulé sur la base du volontariat. Les médecins ayant répondu favorablement devaient se sentir plus concernés par la problématique du sevrage tabagique, d'autant plus pour les trois médecins du troisième entretien, recrutés au cours d'une soirée de formation sur la BPCO. La moyenne d'âge des participants était inférieure à la moyenne d'âge des MG lot-et-garonnais, dix d'entre eux étaient maîtres de stage universitaire et deux avaient une activité en addictologie en complément de leur activité libérale. Même si l'échantillonnage n'avait pas pour but d'obtenir un panel significatif de participants représentatifs de la population de l'étude, il existe malgré tout un biais de sélection. On peut supposer que les médecins recrutés aient été davantage impliqués et informés que la moyenne. Cela donne d'autant plus de poids aux résultats principaux qui révèlent malgré tout et à l'unanimité, un manque d'information et d'implication des MG dans la campagne #MoisSansTabac 2016.

L'échantillonnage, se voulait être en variation maximale, mais il n'a pas été recruté de femme entre 40 et 49 ans, ni de femme fumeuse. Une autre thèse traitant de l'implication des MG durant #MoisSansTabac a été réalisée via focus groups auprès de seize généralistes de Bordeaux Métropole (41) dont deux femmes âgées de 40 à 49 ans et deux femmes fumeuses. Le vécu et les propositions de ces femmes coïncident avec des résultats de cette thèse et n'apportent rien de nouveau. Ce manque d'hétérogénéité ne semble donc pas impacter les résultats.

On note également une homogénéité au sein des deux premiers entretiens. Le premier focus group était constitué de jeunes médecins de moins de 49 ans appartenant à un même groupe de pairs. Le deuxième focus group était constitué de cinq médecins sur sept appartenant à un autre groupe de pairs et étaient âgés de plus de 50 ans pour six d'entre eux. Cette sélection homogène au sein de ces deux premiers groupes a été volontaire. Dans un groupe hétérogène, certains participants peuvent avoir peur du regard des autres et ne pas exprimer toutes leurs idées. Cette attitude est problématique au vu de l'objectif de l'étude, qui était d'obtenir un éventail le plus exhaustif possible d'opinions et de propositions. Le fait de se connaître renforce la dynamique du groupe, la convivialité et facilite la prise de parole et l'expression libre de tous, limitant ainsi les biais de déclaration. Le troisième groupe a quant à lui été hétérogène afin de limiter le biais de sélection augmentant cependant le risque de biais de déclaration. Dans chaque groupe, l'ambiance des entretiens a été conviviale et une bonne dynamique de groupe a été créée. L'animateur avait pour rôle de relancer les débats et de favoriser la prise de parole des participants en retrait. On note cependant l'émergence d'un leader dans chaque groupe qui a pu inhiber d'autres participants. Ces leaders ont couvert à eux seuls de 22.5% à 29.5% du débat dans leur groupe. On note cependant une plus grande disparité de prise et de temps de parole dans le troisième groupe, le nombre d'interventions par participant allant de 23 à 194 alors qu'il était compris entre 34 et 78 pour les deux autres groupes. Cela était attendu et s'explique du fait de la grande hétérogénéité du troisième groupe. Pour autant ce groupe a été le plus dynamique comme en atteste la durée de l'entretien et le nombre total d'interventions, tous deux supérieurs à ceux des autres groupes (cf 3.1 tableau 1). Pour autant, aucune nouvelle catégorie n'a été mise en évidence dans ce dernier groupe. L'obtention de la saturation des données apporte de la force aux résultats et permet de penser que les opinions ont été relevées de façon exhaustive au cours des entretiens.

Le fait que notre étude ait été financée par l'association AGIR33, elle-même financée par l'ARS, a pu entraîner un biais de déclaration. Cependant les deux animateurs étaient indépendants de l'association et ne l'ont jamais mise en avant.

Concernant les caractéristiques des participants, recueillies à l'aide d'un questionnaire, il est à noter certaines contradictions du fait probablement d'un manque de clarté de certains items du questionnaire. M19 a écrit ne pas pratiquer d'aide au sevrage mais pourtant il a déclaré conseiller l'arrêt du tabac au cours d'un évènement aigu broncho-pulmonaire ou d'une grossesse. M18 a écrit ne pas proposer de suivi et ne pas adresser à un spécialiste ce qui s'explique du fait qu'elle travaille avec une infirmière Asalée.

La réalisation d'une étude qualitative induit aussi un biais d'interprétation. Pour limiter ce biais, nous avons co-analysé les données, avant de les mettre en commun, avec Julie Denepoux, auteure de la thèse « Comment favoriser la participation des médecins généralistes à la campagne Moi (s) sans tabac 2017 ? Enquête qualitative en focus group auprès de médecins généralistes de Bordeaux Métropole ».

4.2 Discussion des résultats

L'interprétation des données de cette étude révèle que cette première édition de la campagne #MoisSansTabac n'a pas été impactante du point de vue des médecins généralistes, étant passée inaperçue. Même les rares médecins informés ne se sont pas impliqués dans celle-ci. Elle nécessite donc d'être modifiée et améliorée sur de nombreux points, si l'un des objectifs est d'impliquer les MG.

4.2.1 Opinions de médecins généralistes sur #MoisSansTabac

4.2.1.1 La campagne est passée inaperçue

Les médecins ont déclaré que la campagne était passée inaperçue du fait d'un défaut d'information. Ce vécu a été mis en avant aussi bien par les médecins de notre étude que par des MG de Bordeaux métropole participant à une autre thèse sur #MoisSansTabac 2016 (41). Dans notre étude, 15 médecins sur 22 n'ont pas eu le souvenir d'avoir été informés en tant que professionnel de santé et 11 d'entre eux ont eu connaissance de la campagne en même temps que le grand public entre fin octobre et fin novembre, via les canaux de vulgarisation. Pourtant, Santé Publique France (SPF) créé en avril 2016 (regroupant l'INPES, l'InVS et l'EPRUS) a essayé d'informer les MG via des mails et des courriers. La campagne a été relayée aussi par le Journal International de Médecine (JIM.fr) qui n'est pas la revue médicale la plus consultée par les MG. La campagne est donc passée inaperçue du fait de la non prise en compte de l'information diffusée. Cela interroge sur la qualité des messages délivrés et les moyens utilisés.

En Aquitaine, la déléguée de prévention d'AGIR 33 a visité 174 cabinets de médecine générale dans le Lot-et-Garonne entre le 4 octobre et le 30 novembre 2016 pour assurer la promotion de #MoisSansTabac (41). Elle était sur d'autres secteurs auparavant ayant en charge aussi la Gironde, la Dordogne et les Landes. Si j'ai fait partie des médecins visités à la mi-octobre, cela n'a pas été le cas des médecins participant à notre étude. Certains ont peut-être refusé sa visite ou ne s'en souviennent plus. Ce phénomène a été observé lors de la thèse VIJIL de Paula ALVAREZ (42). Sur les 174 cabinets visités par la déléguée de prévention, seulement 48 médecins avaient reçu et lu le mail de SPF soit 27,5% (41). Dans notre étude, 31.8% des médecins (7 sur 22) ont été informés à titre professionnel et ce via des moyens de communication non percutants et sans être informés des outils à leur disposition et notamment du contenu du kit. Ces chiffres prouvent que les moyens de communication utilisés pour informer les généralistes n'ont pas été efficaces d'autant plus que ces études ont tendance à sélectionner des médecins volontaires donc probablement plus informés que la moyenne.

Me concernant, je n'ai pas été renseignée sur le kit ni sur les actions locales programmées, la déléguée de prévention n'en ayant pas connaissance à la mi-octobre. Elle m'a suggéré de consulter régulièrement le site de la campagne mais je n'y ai trouvé que très peu d'actions. L'enquête réalisée par l'EHSP (Ecole des Hautes études en Santé Publique) sur la campagne #MoisSansTabac 2016 révèle un problème de timing dans l'organisation et la communication de cette première campagne #MoisSansTabac et des problèmes de logistique. Le calendrier a d'ailleurs eu un effet domino sur tous les acteurs. Les ambassadeurs désignés en juin ont pu éprouver des difficultés à mobiliser les acteurs puis les fumeurs. Le lancement de la communication en octobre a lui aussi été jugé trop tardif. L'enquête révèle de plus un manque de visibilité des actions menées en régions, que ce soit pour les fumeurs ou entre acteurs (18). Le défaut d'information a été encore plus marqué chez les médecins remplaçants non thésés. En effet, aucun d'entre eux n'a été informé par mail ou courrier ne faisant pas partie de la liste de diffusion des MG. Il semble pourtant aisé de communiquer les informations à tous les étudiants ayant une licence de remplacement d'autant plus que les jeunes médecins sont mieux formés à la promotion de la santé et y sont donc peut-être plus sensibles. Ces problèmes de timing dans l'organisation et la communication de la campagne 2016 ont été pris en compte et corrigés en partie dans les campagnes 2017 et 2018. Concernant le délégué santé prévention, l'étude VIJGIL, réalisée auprès de jeunes MG, confirme l'intérêt de sa visite auprès des MG pour faciliter l'orientation des patients en addictologie (42). Si le délégué santé prévention est une solution, il faudrait développer leur nombre pour le #MoisSansTabac, ou utiliser le service sanitaire dans cet objectif, par exemple.

Les MG ont tout de même modéré leur propos concernant le défaut d'information. Ils ont déclaré que le fonctionnement actuel de la médecine générale les rendait peu réceptifs à ce type de communication et qu'ils étaient difficiles à solliciter et à mobiliser. Les raisons avancées étaient : - qu'ils se sentaient noyés par de trop nombreuses sollicitations, - qu'ils manquaient de temps et de recul sur leur travail, - une lassitude face aux addictions - et que trop de rôles et de compétences leur étaient assignés. Des MG de Bordeaux Métropole ont déclaré en 2017 être « noyés sous les mails et courriers quotidiens » (41). Deux études, l'une européenne (projet PESCE : *General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe*), l'autre bourguignonne, indiquent que la principale difficulté du MG dans la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique est le manque de temps, cette consultation pouvant être complexe et chronophage. De ce fait, les médecins débordés reportent la prise en charge à plus tard et témoignent de la difficulté à réaliser des consultations dédiées dans l'organisation du cabinet et de la difficulté à se rendre à une formation. Ce manque de temps serait lié en partie à un sous-effectif des médecins dans les départements ruraux et à une charge administrative trop lourde. De plus, quelques médecins de l'étude bourguignonne parlent « de découragement et du peu de réussite » ne pouvant pas faire grand-chose face à l'addiction au tabac. Il ressort aussi que les MG qui fument donnent moins de conseils sur le sevrage tabagique que leurs confrères non-fumeurs (43). Notre étude semble aller dans ce sens puisque seul M19, médecin fumeur déclarait ne jamais engager la conversation sur le sevrage tabagique en dehors d'événements aigus clairement liés au tabac. L'étude VIJGIL, réalisée auprès de jeunes MG, souligne, quant à elle, que le premier obstacle à la prise en charge des addictions par les jeunes MG est l'absence de demande du patient, avant le manque de formation et le manque de temps (42). Le marketing social serait ainsi une solution pour susciter cette demande.

Dans ce contexte de défaut d'information et d'environnement de travail néfaste à la prévention, notre étude et l'étude bordelaise (41) montrent que les MG ne se sont pas sentis associés à cette campagne dans laquelle ils sont restés spectateurs. Aucun médecin n'a eu l'impression d'être la cible de la campagne. Pourtant l'opération devait mobiliser l'ensemble des professionnels de santé. Les MG entre autres étaient « invités à participer activement à cette campagne pour inciter leurs patients au sevrage tabagique » (11). Ils semblent cependant que les organisateurs aient ciblé davantage les acteurs institutionnels comme l'ARS, la CPAM, la ligue contre le cancer, l'Ordre des pharmaciens. La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a sensibilisé pourtant 40 000 MG mais il devait s'agir de médecins salariés (18). Les MG libéraux n'ont donc pas été, dans les actes, des partenaires privilégiés de la campagne #MoisSansTabac. La communication de la campagne n'a jamais

mentionné le rôle du médecin traitant. Or, il est établi depuis longtemps que l'intervention du MG est un moyen efficace d'aider les fumeurs à arrêter. D'importants bénéfices économiques et sanitaires ont pu être enregistrés quand les MG s'impliquent dans le sevrage tabagique. Ce bénéfice serait accru avec l'aide des politiques de santé qui devraient sensibiliser la population sur les dangers du tabac tout en l'informant que le MG est l'interlocuteur principal dans le sevrage tabagique (43).

Malgré les nombreux problèmes évoqués, dans notre étude, 14 des 22 médecins ont déclaré que la campagne était intéressante et bien intentionnée sur le fond pour lutter contre le tabac. Les MG interrogés à Bordeaux partagent ce point de vue ; ils ont déclaré que tout ce qui pouvait inciter un fumeur à l'arrêt était positif (41). Concernant le contenu kit, les médecins de notre étude et celle de Bordeaux (41) l'ont trouvé intéressant et ludique. L'agenda leur a même paru être un outil qu'ils pourraient s'approprier. Pourtant, à l'inverse, les participants au défi ont été déçus par le contenu du kit (18). Ils s'attendaient à y trouver notamment des TNS. Ces résultats montrent que la campagne #MoisSansTabac n'a pas utilisé les techniques de marketing social dans une approche globale. Le kit a été créé par des professionnels se basant sur leurs propres représentations et leurs hypothèses de ce que pouvaient attendre les fumeurs. Ils n'ont pas pris en compte les demandes réelles des personnes visées qui ont été considérées comme des bénéficiaires passifs. Cette approche va à l'encontre de la démarche marketing.

4.2.1.2 Du défi collectif à la consultation

Notre étude révèle que les médecins n'avaient pas vu la campagne sous l'angle du défi collectif. Pour autant, ils sont favorables à ce principe de défi collectif qui selon eux peut renforcer la motivation et permettre d'avoir le déclic. L'étude réalisée par l'EHESP révèle que 68% des participants au défi, interrogés, n'auraient pas été aussi motivés à arrêter de fumer s'ils avaient arrêté seuls. 93% des participants ont bien eu le sentiment de participer à un défi collectif, reliés à d'autres personnes essayant d'arrêter de fumer (18).

Les médecins de notre étude ont déclaré que le principe du défi collectif pouvait recréer du collectif et du festif dans notre société qui en a grandement besoin. L'aspect festif et ludique de la campagne peut être rassembleur voire fédérateur. Les médecins bordelais interrogés sur la campagne ont également validé l'aspect festif, non culpabilisant et encourageant du défi collectif dans le sevrage tabagique (41). Quatre médecins de notre étude craignent à l'inverse que le défi soit culpabilisant pour ceux qui décrochent. Aucune étude sur #MoisSansTabac ne permet de répondre à cette crainte mais les participants qui ont refumé au cours du défi sont loin d'être des cas isolés et ne semblent pas être montrés du doigt. Bien au contraire, on peut trouver sur les réseaux sociaux des messages encourageants y compris adressés à ceux qui ont « craqué ». Par exemple, sur la page TIS de Facebook, on peut lire « Ne vous en faites pas, ça peut arriver à tout le monde de craquer. L'important est de ne pas se décourager et de se relancer ! Bon courage à vous ! ».

Le défi collectif peut donc renforcer la motivation mais cela nécessite une démarche individuelle et une motivation intrinsèque initiale. Le défi collectif est un nouvel outil efficace mais ne se substitue en aucun cas à une prise en charge individuelle. Les médecins traitants ont donc une place déterminante au sein de cette campagne en réindividualisant et personnalisant la prise en charge.

4.2.1.3 Ça ne marchera jamais ; ce n'est pas comme cela qu'il faut faire

Notre étude a montré que les MG interrogés avaient de nombreuses craintes quant à la campagne. La principale crainte était que la campagne soit inefficace sur le moyen et long terme engendrant ainsi des dépenses inutiles. Dans l'étude sur #MoisSansTabac réalisée à Bordeaux(41), les MG se sont montrés à l'inverse très peu craintifs envers la campagne et se sont même montrés « très enthousiastes ». Ils se sont seulement questionnés « sur la durée de la campagne qui leur avait semblé trop courte, mais durée qui leur a paru cohérente après explication quant à l'impact sur le sevrage ».

Cette différence peut s'expliquer du fait d'un biais de déclaration dans l'étude réalisée à Bordeaux, l'animateur étant l'« ambassadeur » de #MoisSansTabac en Aquitaine. La déléguée de prévention d'AGIR 33 a, quant à elle, eu beaucoup de retours négatifs. Certains médecins visités craignaient qu'il s'agisse « d'argent public dépensé pour rien », ou encore que ça ne soit « pas une bonne chose » (41) ce qui va dans le sens de nos résultats. Concernant la durée de la campagne et la crainte de son inefficacité à moyen terme, il a été montré qu'une personne a 5 fois plus de chances d'arrêter complètement de fumer si elle a été capable de « tenir bon » pendant 28 jours (17). Malgré tout, la fin de la campagne a parfois été perçue comme abrupte par les partenaires et les fumeurs. Plusieurs sites Internet n'ont pas poursuivi la campagne, et certaines pages Facebook créées par les ARS ont disparu (18). Certaines pages Facebook ont cependant été maintenues, ce qui a permis à des participants, de continuer à partager leurs témoignages et à se soutenir mutuellement. La page Facebook de Tabac info service #MoisSansTabac n'a pas cessé d'être alimentée par des professionnels via des messages, images ou GIF motivants, encourageants ou humoristiques. De plus, les premiers résultats du baromètre santé 2017, étudiant le lien entre #MoisSansTabac et tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016, vont à l'encontre de l'idée selon laquelle les tentatives déclenchées par les campagnes seraient opportunistes et moins durables que les autres : ces résultats suggèrent donc que l'opération est bénéfique également à moyen terme (24). Cependant aucune évaluation fiable de la campagne #MoisSansTabac 2016 n'est disponible, ce que craignaient les médecins de notre étude. En effet, la campagne #MoisSansTabac 2016 s'inscrivant dans le cadre de la mise en place de plusieurs mesures fortes de lutte contre le tabagisme, les résultats ne peuvent pas être attribuables qu'à la campagne. L'augmentation au 1er novembre 2016 du forfait de remboursement des TNS et la vente de paquets standardisés, avec des avertissements sanitaires renouvelés et de plus grande taille, initiée au second semestre 2016, ont pu concourir au changement de comportement (24). L'évaluation de l'efficacité nécessite un recueil systématisé de données permettant la réalisation d'une étude plus précise des répercussions de la campagne en évaluant par exemple le coût par année de vie gagnée à l'image de Stoptober.

Certains médecins de notre étude sont allés au-delà de la crainte de l'inefficacité en envisageant que la campagne puisse être contre-productive, en cas d'actions ou de messages culpabilisants renforçant des blocages. Cette campagne ne leur a pas paru stigmatisante mais ils n'ont pas écarté qu'elle puisse l'être. Cette crainte s'explique facilement du fait que les campagnes traditionnelles de sensibilisation sont « souvent stigmatisantes pour les fumeurs leur renvoyant une mauvaise image d'eux-mêmes ; elles correspondent à la volonté des pouvoirs publics de « dénormaliser » le tabac dans la société, notamment en rendant la vie des consommateurs de tabac plus « compliquée » au travers de réglementations restreignant leur droit de fumer » (18).

Cependant notre étude montre que certains médecins pensent que le fait de fumer, en France, n'est pas encore associé à une image négative étant trop banalisé notamment dans les films. Pourtant une enquête qualitative menée auprès de jeunes de 13 à 18 ans en 2014-2017 suggère que le tabac aurait désormais une image très négative chez les adolescents français (44), ce qui est encourageant. Cependant la campagne #MoisSansTabac ne s'adressait pas aux adolescents. Des médecins de notre étude ont envisagé le fait que la campagne anglaise Stoptober ne soit pas extrapolable à la France, les français ayant, peut-être, une vision moins négative du fait de fumer et étant peut-être moins « disciplinés » que les anglais. Idées reçues ou vérité ? Si l'on se base sur la tabaculture, celle-ci est beaucoup plus développée en France. Le Lot-et-Garonne est le premier département producteur de tabac en France avec ces 101 exploitations (10). La filière tabac en France est loin de faiblir, sa production bénéficiant « d'un excellent positionnement sur les marchés actuels et à venir », son objectif étant d'augmenter sa production de tabacs haut de gamme (bio, sans résidu, chicha, produits sans fumée) afin « de dépasser les querelles idéologiques et de s'appuyer sur une argumentation rationnelle ». Nul doute que les « querelles » se poursuivent car bien loin d'être idéologiques, elles s'appuient sur de nombreuses études qui prouvent le danger du tabac sous toutes ces formes. Face à l'avancée des connaissances scientifiques et des législations de lutte contre le tabagisme, l'industrie ose de moins en moins nier les dangers du tabac, mais elle sait encore utiliser le marketing et l'air du

bio pour en minimiser la perception par les consommateurs. « En vendant des produits au goût de friandise aux enfants et aux adolescents et en proposant des cigarettes bio ou « 0 % » à des consommateurs en recherche de produits authentiques, elle continue à détourner l'attention du caractère invariant de son produit : avec ou sans additif, sucré ou non, le tabac continue de tuer » (45).

La campagne Stoptober ne semble donc pas extrapolable à la France. Une étude préalable, de la population ciblée avec notamment les spécificités françaises, aurait dû être menée. La première campagne #MoisSansTabac n'a utilisé le marketing social que de façon partielle en négligeant notamment les étapes préalables à sa construction, ce qui a pu en réduire son action. En effet, le marketing n'est qu'un outil qui doit respecter certaines conditions afin d'être efficace. Entre autres, « les équipes de projets doivent avoir compris ce qu'est le marketing et l'intérêt qu'il représente pour leur projet. Il faut notamment laisser de côté les attitudes qui consistent à : - penser une solution prédéfinie avant même d'avoir commencé le projet ; - dupliquer un programme qui a déjà été mené ailleurs précédemment. » (29). De plus, pour développer des programmes efficaces, il est crucial de parler aux personnes qui font partie du public cible, mais aussi de les écouter. Il s'agit de comprendre leurs attentes et d'identifier ce qui provoquerait le plus l'adoption du comportement bénéfique recherché. Il faut donc éviter de faire des hypothèses concernant leurs envies et leurs façons de penser. Il faut vérifier et tester au préalable, ce qui n'a pas été fait pour la campagne #MoisSansTabac 2016 comme en atteste la déception des participants au défi sur le contenu du kit (18). La culture, les normes sociales, les réglementations ne sont pas les mêmes entre l'Angleterre et la France. Ainsi la réussite du programme Stoptober en Angleterre n'est pas garante d'une réussite en France, la cible étant différente. La campagne n'a donc pas été totalement pensée sur de bonnes bases, semble-t-il.

Certains médecins de notre étude ont émis aussi des craintes vis-à-vis des pouvoirs publics à l'initiative du projet. Les médecins ne se sont pas sentis impliqués à la base et ne savent pas précisément qui est à l'initiative de cette campagne et quels sont les partenaires. Ils ont même déclaré que la campagne leur était imposée du fait qu'elle « vienne d'en haut », c'est-à-dire à l'initiative du ministère de la santé. Des médecins ont émis des doutes quant aux vraies motivations des pouvoirs publics. Ils ont envisagé que les motivations premières de cette campagne soient plus politiques et économiques. Ils ont même évoqué le fait que les lobbies puissent avoir une influence sur la campagne #MoisSansTabac, y voyant l'intérêt d'industries pharmaceutiques. Cette méfiance énoncée vis-à-vis des pouvoirs publics reflète les tensions entre les pouvoirs publics et les professions de santé. Concilier indépendance et réglementation n'est pas chose aisée. Didier Tabuteau, conseiller d'État, responsable de la chaire Santé de l'Institut d'Études Politiques de Paris1 et co-directeur de l'Institut Droit et Santé, a déclaré que « le système de santé français a été prisonnier d'une histoire qui s'est construite pendant deux siècles sur une succession de malentendus et de rendez-vous manqués. Professions de santé contre pouvoirs publics, [...] hôpital contre médecine de ville, secteur public contre secteur privé, professions médicales contre professions paramédicales, les oppositions n'ont cessé de se multiplier, d'absorber les énergies et d'embourber le système [...] Si le corps médical est resté marqué par cet antagonisme, les autorités publiques ne paraissent pas plus être parvenues à surmonter le climat de défiance qui vient d'être rappelé » (46). Il fait référence entre autres à la gestion de la grippe A H1N1, où les autorités publiques ont fait le choix « d'organiser des centres administratifs de vaccination et de laisser de côté les médecins traitants », ce qui « témoigne de la réticence à associer la médecine de ville aux grandes actions de santé publique menées par l'État. Crainte d'un manque de mobilisation ? Inquiétudes face à d'éventuels surcoûts ? Incapacité de négocier avec les représentants professionnels ? La surprise est d'autant plus grande que le gouvernement venait de faire adopter par le Parlement la loi HPST du 21 juillet 2009 établissant le statut du MG de premier recours et consacrant sa mission de santé publique. » Concernant la campagne #MoisSansTabac, même si l'implication du MG libéral était officiellement attendue, l'absence de leur sollicitation à la base du projet, le défaut d'informations de qualité et la collaboration première avec des acteurs institutionnels témoignent à nouveau des relations ambiguës entre pouvoirs publics et médecine de ville. Au cours de la 2ème rencontre TabAquit de mars 2017 (47), le bilan de la campagne #MoisSansTabac 2016 révélait déjà le manque d'implication des MG libéraux. Les rares propositions d'amélioration, faites dans ce sens, lors de la

table ronde, n'ont pas paru prioritaires aux représentants de SPF. Ceux-ci semblaient se résoudre à une faible implication des MG. Ils partaient du constat que ces derniers étaient difficiles à mobiliser et ne répondaient pas à leurs sollicitations. Ils semblaient penser que la plupart des MG libéraux étaient réfractaires à toute demande institutionnelle de principe et qu'ainsi nager à contre-courant serait perdu d'avance. Il paraissait donc falloir mobiliser leur temps, leur énergie et leurs dépenses à autre chose. Cela traduit tout du moins que la campagne #MoisSansTabac a été touchée par ces tensions entre médecine de ville et pouvoirs publics et que des querelles persistent. Le système de santé doit se réformer en profondeur afin de mettre fin à l'antagonisme traditionnel des professions de santé et des pouvoirs publics en France. « Les intérêts des professions de santé et de la collectivité sont convergents, la protection de la santé des populations est leur mission commune et leurs interventions sont indissociables dans un système de santé moderne » a déclaré Didier Tabuteau, conseiller d'État (46).

4.2.2 Effet de #MoisSansTabac et rôle du médecin généraliste

4.2.2.1 Impact de #MoisSansTabac

La communication n'a pas impacté les médecins qui ont eu le sentiment que les patients concernés étaient mieux informés de #MoisSansTabac qu'eux. D'après notre étude, la campagne n'a eu aucun impact significatif sur l'activité des MG, aucun des médecins interrogés ne s'étant réellement impliqué dans la campagne en tant que médecin libéral. Deux médecins sur vingt-deux se sont impliqués en relayant la campagne via les affiches, flyers pour l'un et verbalement pour l'autre. D'après la déléguée de prévention d'AGIR33, sur les 174 cabinets visités, 48 avaient lu le mail de SPF et 10 d'entre eux avaient installé l'affiche de la campagne dans leur salle d'attente (41). Ces études, sélectionnant des médecins théoriquement plus motivés, laissent à penser que moins de 5% des médecins ont relayé la campagne en installant l'affiche dans leur cabinet : cela témoigne de la très faible implication des MG. Après avoir informé les médecins de notre étude que leur implication était souhaitée, les médecins en ont conclu que cette campagne avait été un échec au regard de l'absence d'impact sur leurs pratiques et de leur absence d'implication.

Les acteurs de santé publique ont quant à eux qualifié l'opération #MoisSansTabac de « vif succès » avec 180 000 inscrits sur Tabac Info Service et plus de 620 000 kits d'aide à l'arrêt du tabac distribués (13). Le baromètre santé 2017 évalue à 380 000 le nombre de tentatives d'arrêt lié à #MoisSansTabac. Cette participation était à la hauteur de ce qui était attendu, notamment si on compare avec la première campagne Stoptober en Angleterre qui a recruté 275000 participants en octobre 2012 avec une évaluation à 350 000 tentatives d'arrêt supplémentaires (24). Il existe donc une divergence de points de vue entre des acteurs de santé publique enthousiastes et des MG plutôt déçus. Les médecins ont cependant déclaré que la campagne avait engendré une augmentation du thème tabac au cours des consultations, et ce, souvent à l'initiative du patient. La campagne a donc permis de relancer le sujet du sevrage tabagique donnant parfois plus de sens et d'impact à la discussion. Onze médecins sur vingt-deux se souviennent d'avoir eu au moins un patient leur ayant parlé de la campagne, mais elle n'a été associée à une demande d'aide au sevrage que pour un seul d'entre eux. Cette faible sollicitation des MG peut s'expliquer du fait que les participants ont déjà leurs outils et que le MG n'est pas identifié comme un partenaire privilégié dans le sevrage tabagique. L'enquête de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) sur « Le comportement des fumeurs face à l'arrêt du tabac » révèle que seulement 11% des fumeurs témoignent avoir consulté un professionnel de santé pour se sevrer. À la suite de la majoration du forfait de remboursement des TNS en novembre 2016, 51% des fumeurs seraient disposés à recourir à un traitement médical, dont 24% accompagnés d'un professionnel de santé. Parmi les 49% restants, le remboursement du traitement médical pourrait motiver 44% à arrêter de fumer et 38% à consulter un médecin pour être accompagné médicalement (48). En effet, afin de bénéficier du forfait de 150 euros, une prescription médicale de TNS par un professionnel de santé est nécessaire (médecins y compris les médecins du travail, dentistes, sages-femmes, infirmiers,

kinésithérapeutes). Depuis mai 2018, certains traitements nicotiques de substitution (TNS) sont désormais remboursables. Le comité de pilotage de l'enquête réalisée par l'EHSP sur la campagne #MoisSansTabac 2016 propose d'améliorer l'efficacité de la campagne auprès des fumeurs en impliquant les pharmaciens dans la délivrance de TNS et en favorisant la prescription des TNS par les nouveaux prescripteurs (sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes) (18). Rien n'est proposé afin d'améliorer l'implication des MG ce qui renforce l'impression d'être court-circuités de la campagne. Est-ce une volonté politique ? Est-ce le souhait des MG ? Cela s'oppose au parcours de soin coordonné qui donne une place centrale au médecin traitant « pour organiser un suivi de prévention personnalisé » (49). Pouvoirs publics et MG sont ambivalents, tant dans leur volonté que dans leurs actes. Il est temps de rouvrir le dialogue et ensemble, de redéfinir le rôle des MG dans le sevrage tabagique. Favoriser la prescription des TNS par des nouveaux prescripteurs compétents ne paraît pas aberrant. Cela nécessite cependant, d'établir une communication systématique, entre ces prescripteurs et le médecin traitant qui coordonne les soins. A tout niveau, le maître mot est : « communiquer ».

4.2.2.2 Je fais ce que je veux, quand je veux

Les MG n'ont pas eu l'impression d'être associés à la campagne alors qu'ils estiment que le tabagisme relève de leur rôle bien que limité du fait d'une faible sollicitation de la part des patients, d'un manque de temps, de connaissances et de compétences de leur part. Leur rôle durant #MoisSansTabac serait le même que tout le reste de l'année face au tabac. Vingt médecins sur vingt-deux ont affirmé déjà aborder le tabagisme tout au long de l'année en encourageant l'arrêt, en gratifiant toute démarche positive, en réindividualisant les messages de santé publique et en proposant une aide au sevrage à leurs patients fumeurs au décours de symptômes liés au tabagisme principalement. Ils ont déclaré avoir déjà de nombreux outils à leur disposition qu'ils connaîtraient ou utiliseraient plus ou moins. La plupart des médecins ont dit s'appuyer sur des outils comme le conseil minimal ou l'entretien motivationnel mais il a été mis en évidence des confusions d'outils, ce qui témoigne d'un problème de connaissances et donc de compétences mis en avant par certains. Deux médecins ont déclaré ne pas croire pas en l'efficacité de ces outils qui selon eux pourraient renforcer des barrières et être néfastes à la relation médecin-patient. De nombreuses enquêtes confirment que les MG pensent que le tabagisme relève de leur rôle (50) mais la proportion de médecins pratiquant l'aide à l'arrêt serait plus faible que dans notre étude qui présente un biais de sélection. Le programme PESCE révèle que 68% des MG sont sensibilisés aux problèmes du tabagisme de leurs patients. Ils ne font pas de consultation dédiée, d'aide à l'arrêt mais 48% des médecins pratiquent « des aides sous la forme d'un accompagnement de type relation d'aide ou entretien motivationnel sous une forme approchée et spontanée » (43). Ce projet PESCE est un programme européen financé par la Commission européenne s'étant déroulé de septembre 2006 à mai 2008. Tabac & Liberté (importante association en Europe de MG engagés dans la lutte contre le tabagisme) est l'instigatrice et la coordinatrice de ce projet. Le projet avait pour principaux objectifs de formuler des recommandations (basées sur des données scientifiques) et des stratégies pratiques de mise en œuvre à travers un processus de consultation à grande échelle en Europe, et ce, afin d'améliorer l'engagement des MG dans les interventions du sevrage tabagique. Concernant le conseil minimal à l'arrêt du tabac, il semble de mieux en mieux connu et utilisé. Il serait utilisé par la moitié des médecins à chaque consultation surtout par les MG de moins de 40 ans et les non-fumeurs. Ces résultats indiquent une tendance encourageante vers une meilleure prise en charge du patient tabagique par les MG les plus jeunes. Il reste cependant des progrès à faire afin de rendre plus systématique le conseil minimal. Les médecins qui ne pratiquent pas le conseil minimal de façon systématique évoquent le « manque de temps » (37%) et le « peu d'intérêt de se répéter » (36%) (51). Or le conseil minimal ne dure qu'une minute. Les études ont montré que tout son intérêt résidait dans sa répétition et son utilisation à chaque consultation. Les auteurs en concluent que les résultats montrent la probable ignorance de ce qu'est le conseil minimal. L'étude PESCE met aussi en évidence une formation insuffisante en tabacologie des MG notamment concernant la prise

en charge de la rechute, l'entretien motivationnel et le suivi du sevrage, ce qui est un obstacle à la prise en charge de l'arrêt du tabac. Une autre étude réalisée en 2007, interrogeant cette fois les patients, indique que les fumeurs déclarent peu entendre parler du conseil minimal (moins d'un quart d'entre eux) et qu'ils comptent sur eux-mêmes pour arrêter de fumer (52). Ces résultats peuvent s'expliquer, en partie par la résistance des fumeurs (refus d'information ou d'aide, volonté d'arrêter seul, ont déjà leurs outils), en partie par les conditions d'exercices des médecins (manque de temps, doute quant à leur efficacité du fait d'un manque de formation, médecine essentiellement curative) et en partie par l'absence de sensibilisation de la population sur le rôle du MG dans le sevrage tabagique. Or dans la campagne #MoisSansTabac le rôle des MG n'a pas été clairement identifié. Comment une telle campagne peut-elle être optimisée en l'absence du MG qui du fait de sa fonction et de sa place dans le système de soin à un rôle primordial en santé publique ? Après avoir clairement défini le rôle du MG dans le sevrage tabagique, il paraît capital de largement communiquer sur ce rôle auprès de la population. Cette promotion doit avoir lieu tout au long de l'année et de façon plus marquée au cours de chaque programme de lutte contre le tabagisme.

Afin d'impliquer davantage les MG dans le sevrage tabagique, l'étude PESCE préconise de formaliser le suivi des fumeurs en inscrivant, dans la stratégie nationale de santé, les règles suivantes : « Les MG doivent enregistrer le statut tabagique de tous leurs patients et leurs actions ultérieures dans un système d'enregistrement quotidien intégré. Les associations de médecins, les groupes scientifiques, les caisses maladies, les compagnies d'assurance maladie et les ministères de la Santé doivent rendre obligatoire l'inclusion des données sur le tabac et les interventions de sevrage dans leurs rapports de prescription et dans les dossiers médicaux de leurs patients. « Les bons élèves » seraient rémunérés via la ROSP. Ce type de méthode de la carotte et du bâton, semble être en partie efficace pour encourager à un changement de certaines pratiques professionnelles. Cependant dans le cadre du sevrage tabagique, il peut au mieux contraindre le médecin à pratiquer plus systématiquement le conseil minimal, au pire renforcer les barrières ; en aucun cas il ne motivera les médecins à s'investir davantage dans la lutte anti-tabac. Pourtant, bien que n'étant pas liée à l'engagement des généralistes dans le sevrage, une bonne collecte de données se serait malgré tout « révélée être une condition préalable ou un élément déclencheur de l'engagement dans le sevrage tabagique »(43).

4.2.3 Vécu du marketing social

Dans notre étude, les MG ont semblé être déstabilisés, perplexes, confus à l'évocation du marketing social et de sa définition. Si certains ont malgré tout été volubiles (notamment les leaders), d'autres ont été peu loquaces, ces derniers étant peu inspirés par le sujet. Ceci peut s'expliquer par une méconnaissance des applications en santé du marketing et/ou du fait d'un « malaise idéologique » éprouvé à l'idée d'emprunter des techniques commerciales. Cette réticence se retrouve plus particulièrement dans les pays à forte culture de santé socialisée, où tout ce qui touche au commercial ou à l'argent, est tabou (32). Dans notre étude, le sujet a fait débat.

4.2.3.1 Raisons d'un vécu négatif

Certains médecins ont verbalisé une méfiance initiale du fait que ce « marketing » soit généralement imposé aux médecins par les pouvoirs publics. Notre étude a montré, qu'en cas de désaccord avec le message délivré par les pouvoirs publics ou de méconnaissance de la campagne, cela pouvait être vécu comme un frein dans la relation de confiance médecin-patient. Cette méfiance initiale n'était, en fait, pas simplement liée aux techniques marketing en soi mais renvoyait plutôt aux problèmes relationnels entre médecins et pouvoirs publics (46). Les médecins de notre étude ont reproché aux pouvoirs publics : - un trop grand nombre de campagnes, qui plus est, souvent éphémères ; - de ne pas être sollicités à la base ; - et d'être mal informés. Ils ont aussi désapprouvé certains messages de santé « marketisés », qu'ils ont jugé trop réducteurs ou simplistes, ne faisant pas appel à l'intelligence. Ils ont pris en exemple le slogan « Pour votre santé, mangez 5 fruits et légumes par jour », une phrase

qui, dans l'absolu, du fait du chiffre « 5 », n'a pas de sens dans notre quotidien ni de sens scientifique, son seul but étant d'encourager la consommation de fruits et légumes. Des médecins du premier focus group ont critiqué également la campagne « Octobre Rose » encourageant le dépistage systématique du cancer du sein ; certains l'ont jugée « infantilisante » en omettant volontairement d'informer sur les inconvénients, qui sont : - le faible bénéfice, - le risque de faux positifs, - le risque de surdiagnostics (évaluer entre 20 et 60% selon les études) et de surtraitements (53). Certains médecins vont ainsi à contre-courant du discours des pouvoirs publics, et souhaitent que les femmes puissent décider en toute connaissance des données scientifiques actuelles si « oui » ou « non » elles doivent faire une mammographie. Dans la même logique, tous les groupes ont évoqué les campagnes, préconisant le dépistage du cancer de la prostate, au début des années 2000. À la suite de nombreuses preuves scientifiques en défaveur du dépistage systématique, les pouvoirs publics ont fait machine arrière. Ces campagnes marketing sur la prostate, bien que n'étant plus diffusées, restent en mémoire des patients et les médecins sont encore régulièrement sollicités pour une demande non justifiée de prescription du PSA. Dans ces cas-là, le marketing social est vécu comme un obstacle à la prise en charge. Pourtant dans la théorie, le marketing social utilisé dans une démarche globale permet au contraire d'éviter les simplifications hâtives (32). Encore faut-il que les objectifs fixés soient bâtis sur des forts niveaux de preuves scientifiques afin qu'ils ne soient pas sujet à polémique.

Notre étude indique aussi que les médecins craignent que les véritables objectifs ne soient éloignés de leurs préoccupations de santé. Les médecins ont peur que les objectifs soient davantage économiques ou politiques voire même qu'ils soient dictés par les lobbies. Comme le souligne Jean-François MARCOTTE, sociologue et directeur-fondateur de la revue *Esprit critique*, le marketing social agit sur les comportements par la manipulation des sentiments des individus. Ce qui apparaît alors dangereux, c'est la manipulation par les pouvoirs publics des comportements. « Le marketing social n'est pas nocif en soi, ce n'est rien d'autre qu'un instrument ; le danger provient évidemment des personnes qui utilisent ces outils, les intérêts qui les motivent en leur degré d'éthique ou de conscience morale » (54). Le marketing social n'est pas un outil neutre et de ce fait, il nécessite une certaine prudence dans son utilisation afin qu'il ne devienne pas source de manipulation. Finalement, ce ne sont pas les techniques marketing qui sont critiquées ici mais plutôt les investigateurs qui en usent et qui ne semblent pas toujours s'appuyer sur des preuves scientifiques fiables ayant peut-être parfois d'autres arrières pensées. A ce titre, des médecins de notre étude ont également critiqué des campagnes de sensibilisation ou d'information qui n'usent pas de techniques marketing.

A l'inverse, certaines craintes évoquées uniquement vis-à-vis de la campagne #MoisSansTabac (stigmatisation, inefficacité, dépenses inutiles, manque d'évaluation, cible trop large, éphémère) sont en fait directement liées à l'utilisation du marketing social.

D'autres études indiquent que de nombreux acteurs de la santé publique craignent une stigmatisation excessive du fait du ciblage et de messages précis envers ces publics : ceci pourrait créer un sentiment de culpabilité et de gêne envers la société. Pourtant d'autres affirment que si l'on adapte le message et l'action à une cible précise et étudiée, le marketing social peut permettre de réduire les inégalités sociales de santé (27).

La méthodologie rigoureuse et le coût sont d'autres freins à l'utilisation du marketing social par les acteurs de santé publique. Il semble parfois difficile d'accepter que l'éducation et la réglementation ne soient pas suffisantes pour faire évoluer les comportements des bénéficiaires des actions (29) ; d'autant plus qu'une campagne de marketing social efficace nécessite des fonds conséquents plus élevés qu'une campagne de sensibilisation ou d'information « classique ». Le coût du marketing social peut être cependant relativisé si l'on considère préférable une campagne évaluée comme efficace, bien qu'onéreuse, à une simple campagne d'information du grand public qui ne touche pas sa cible (27).

Concernant le côté éphémère d'une campagne d'incitation, idéalement, le marketing social est mis en œuvre dans le cadre d'une stratégie marketing social, c'est-à-dire une démarche globale et à long

terme, avec un budget dédié tout au long du programme et l'implication de tous les acteurs clés. Le marketing social vise à soutenir dans la durée les comportements positifs existants. Il semble par ailleurs nécessaire de ne se lancer dans une démarche marketing social, que si l'on est capable de s'en donner les moyens c'est-à-dire de consacrer les ressources nécessaires, humaines et financières, permettant une approche marketing tout au long du projet (29).

Concernant l'évaluation des campagnes, bien que plusieurs principes du marketing social soient reconnus efficaces en promotion de la santé, il est souvent difficile d'établir un lien de causalité entre le programme et ses résultats. Une évaluation complète de ces interventions reste malgré tout essentielle pour faire progresser la compréhension du changement des comportements en matière de santé (28).

Les craintes énoncées dans notre étude sont essentiellement liées à une application incomplète du marketing social en France, du fait d'un manque de moyens et de connaissances, ce qui oblige à utiliser une méthodologie biaisée car partielle. La segmentation, les études de population et les pré-tests ne sont quasiment jamais pratiqués et l'évaluation en aval est faible faute de moyens. C'est ce que l'on constate concernant la campagne #MoisSansTabac 2016.

4.2.3.2 Raisons d'un vécu positif

Après définition du marketing social, les médecins de notre étude ont déclaré que l'utilisation de techniques de marketing pouvait être efficace ; utilisé de façon percutante, le marketing social pourrait être une force et une aide pour la santé publique. En effet, la segmentation, une des étapes du marketing social, permet de diffuser un message adapté à la cible visée et donc plus efficace que des messages plus globaux. Ainsi, parce qu'il repose sur des principes tirés du marketing commercial, le marketing social contribue à améliorer les programmes de prévention. Cependant, les attentes des pouvoirs publics et des acteurs de santé publique sur le marketing social, en termes de changement de comportements, sont parfois trop ambitieuses. Le marketing social n'est qu'une méthode de travail, un outil qui permet une approche segmentée et ciblée. Parmi la cible définie, seules les personnes enclines au changement seront touchées. Le marketing social est complémentaire des autres canaux de communication mais n'a qu'une faible efficacité lorsqu'il est utilisé seul. « En promotion de la santé et en changement de comportements il faut une panoplie d'outils ; il faut des règles législatives, il faut toute une série d'interventions à différents niveaux qui font que parce qu'il y a plein de niveaux qui travaillent ensemble dans la même direction, on arrive à un résultat » (27). En France, des efforts remarquables ont été menés en ce sens avec la mise en place en d'une stratégie d'ensemble de lutte contre le tabac via son Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) lancé en 2014 (3), consolidé et amplifié par le nouveau Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT) 2018-2022 (55). Ce programme a permis la rénovation du cadre juridique sur le tabac et la mise en œuvre d'actions emblématiques (augmentation du coût du tabac, paquet neutre, remboursement des TNS, droit de prescription des traitements de substitution nicotinique élargi, inclusion du tabac dans la ROSP, création du fond de lutte contre le tabac...), avec utilisation du marketing social pour #Mois sans tabac.

Les médecins de notre étude pensent que le marketing social pourrait être un bon outil pour lutter contre le marketing commercial et les lobbies afin de « jouer à armes égales ». En effet, il s'agit d'un outil qui peut permettre de concurrencer le marketing commercial inducteur de comportements opposés à la promotion de la santé (industries du tabac, de l'alcool et de l'agroalimentaire). Le marketing social est plus largement une manière d'agir sur les individus consommateurs faute de pouvoir agir sur les producteurs. Cependant, le marketing commercial ne fait pas face aux mêmes contraintes budgétaires.

Même si le marketing social n'est pas une solution à tout problème, l'expérience montre qu'utilisé de manière globale et dans un contexte approprié, il peut être un outil puissant et avoir un impact réel et mesurable sur les changements de comportements. Ainsi le marketing social est tout particulièrement d'une grande utilité quand il s'agit d'inciter ou de maintenir des comportements sains. (29) Il a donc

toute sa place dans la lutte contre le tabagisme. Le PNLT prévoit d'ailleurs, d'intensifier le dispositif de marketing social contre le tabac (55).

4.2.3.3 *Quels rôles se donnent les médecins vis-à-vis du marketing social ?*

D'après notre travail de recherche, aucune étude ne se serait intéressée à la question. Il est ressorti de notre étude que les rôles que se donnent les médecins vis-à-vis du marketing social sont complexes. Ils doivent rester critiques, ce qui serait loin d'être facile, d'autant plus qu'ils déplorent n'être formés ni au marketing social, ni à la promotion de la santé. De l'avis de certains participants de notre étude, le médecin n'aurait aucun rôle à jouer car « le marketing social c'est justement éviter la relation médecin-patient ». Cela renvoie probablement aux freins idéologiques et au manque de formation. D'autres médecins de notre étude ont déclaré avoir parfois des difficultés à adhérer à un message trop simplifié ou reposant sur des recommandations de faible niveau de preuves. Le médecin se donne le rôle de décrypteur mais ce rôle est chronophage, fatigant et non adapté à tous les patients du fait d'un discours pouvant être difficile d'accès. Les médecins, manquant déjà de temps, peuvent faire le choix de la facilité en cautionnant tout d'emblée. Pourtant, certains messages véhiculés sont sujets à discorde ; si la plupart des médecins ont déclaré ne jamais critiquer ouvertement une campagne de santé publique, d'autres à l'inverse n'hésitent pas à se positionner en dissident. A ce sujet, un des médecins s'est interrogé sur le contenu de la convention médicale, convention qui régit les liens entre les médecins libéraux conventionnés et l'assurance maladie. Les articles 21 et 22 de la convention stipulent : « Afin que les assurés sociaux puissent bénéficier d'actions de prévention et de promotion de la santé tout au long de la vie, les parties conventionnelles entendent maintenir et renforcer l'engagement des médecins traitants dans les programmes de prévention, en cohérence avec la politique nationale de santé (lois de santé publique, plans de santé publique) [...] **Les actions engagées en matière de promotion de la santé et de soutien à l'adoption de comportements favorables à la santé, de respect des calendriers vaccinaux, de prévention des risques liés au tabac** (notamment chez la femme, tout au long de la vie et particulièrement pendant la grossesse et chez les personnes atteintes de maladies chroniques) **sont poursuivies et renforcées, en s'appuyant notamment sur le rôle du médecin traitant** » (56). Pourtant dans les faits, le fonctionnement actuel de la médecine de ville n'est pas propice à la pratique d'une médecine préventive efficace.

Dans ce contexte et face au (trop ?) grand nombre de campagnes, les médecins ont déclaré qu'ils ne pouvaient s'impliquer dans tout. Lorsque les pouvoirs publics à l'origine d'une campagne comptent sur l'intervention des médecins, ceux-ci demandent que le message véhiculé le stipule clairement via par exemple l'inscription « parlez-en à votre médecin ».

En médecine générale libérale, les MG pratiquent une médecine essentiellement curative et mettent consciemment de côté la prévention, plus chronophage et moins rémunératrice. Pourtant ce « choix » est discutable d'un point de vue sociétal, la prévention étant le principal levier qui permettra de diminuer la morbi-mortalité. Il est temps de développer un environnement de travail propice au développement de la médecine préventive.

4.2.3.4 *Confusion entre marketing social, commercial, promotion de la santé, éducation pour la santé et communication en santé*

Il est ressorti de notre étude plusieurs niveaux de confusion. D'une part, les médecins de notre étude ont déclaré rencontrer parfois des difficultés à différencier une publicité commerciale d'une campagne d'incitation de santé publique, et ce aussi bien en tant que citoyen (à la télévision, à la radio...) qu'en tant que professionnel (courriers, mails...). Il en serait de même pour leurs patients. Les médecins ainsi que tout citoyen ne seraient donc pas toujours en mesure de distinguer une utilisation du marketing à visée sociale ou à visée commerciale. Cette confusion est volontairement alimentée par les lobbies. Par exemple, « *les produits laitiers sont nos amis pour la vie* » est un slogan commercial qui résonne

dans nos têtes depuis les années 80. Tout le monde avait intégré que le lait de vache était bon pour la santé pourtant la réalité n'est pas si claire et certaines études indiqueraient même le contraire (57). Pour autant le message commercial ne cesse d'être diffusé par l'industrie agro-alimentaire qui surfe sur cette confusion. Il paraît primordial de développer l'esprit critique des français vis-à-vis de l'influence des publicités sur leur santé, et ce, dès le plus jeune âge, et d'élaborer un outil permettant de faire la distinction entre le marketing social et le marketing commercial.

D'autre part, nous avons observé une confusion entre marketing social et communication en santé. Seules les campagnes d'incitation au changement de comportements font appel au marketing social (cf. 1.4). La méconnaissance du marketing social entraîne une résistance au changement. Celle-ci pourrait être surmontée par des actions de pédagogie en direction des acteurs chargés de sa mise en œuvre. Cela permettrait d'éviter une utilisation partielle ou erronée de cette technique, tout en améliorant la collaboration des enseignants-chercheurs et des acteurs de terrain (27).

4.2.4 Idées d'amélioration de la campagne

4.2.4.1 Améliorer l'implication des médecins généralistes

Afin de favoriser l'implication des MG dans la campagne #MoisSansTabac, il semble d'abord nécessaire d'encourager la prise en charge du sevrage tabagique en médecine de ville.

❖ *Privilégier les projets locaux émanant des acteurs de terrain*

Les médecins interrogés dans notre étude ont mis en avant l'importance de privilégier les projets locaux, pour, non plus subir un projet venant « d'en haut » mais s'approprier le leur ; en devenant acteurs de leur propre projet, ils seraient plus facilement motivés et investis. Cela est en adéquation avec la demande des fumeurs qui « souhaitent davantage d'ancrage dans le réel, avec des relais sur le terrain, des événements près de chez eux, pour pouvoir partager leurs expériences » durant #MoisSansTabac (58).

Pour cela, et afin de les encourager, les médecins de notre étude proposent : - d'encourager le regroupement de médecins et d'autres professionnels de santé (MSP, Asalée...), les projets étant très souvent à l'origine d'une réflexion collective ; - la mise en place d'une compensation financière du temps dédié ou sous forme d'appels à projets ; - et de donner la parole aux acteurs de santé de terrain en amont, afin qu'ils puissent donner leurs idées et orienter les projets sur leurs attentes.

➤ *Privilégier le travail d'équipe (MSP, Asalée...)*

Des médecins de notre étude ont suggéré une restructuration de notre système de santé avec le développement d'une entité « médecine préventive » au sein d'une prise en charge plus globale incluant l'éducation à la santé. De nombreuses études concluent également sur la nécessité d'une restructuration de notre système de santé. En 2010 Didier Tabuteau, conseiller d'État, a déclaré : « Malgré ses qualités reconnues, le système de santé doit se réformer en profondeur pour faire face aux défis des vingt prochaines années. » (46). Cette restructuration a été initiée avec l'apparition de nouvelles structures comme les MSP ou encore avec la création du dispositif Asalée.

Aujourd'hui, la promotion de la santé (incluant la prévention), et l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux demeurent toujours deux axes forts de la stratégie nationale de santé 2018-2022. « Les professionnels de santé de ville sont en première ligne pour les soins courants et sont, de ce fait, la pierre angulaire de toutes les politiques de santé. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques et une forte aspiration au maintien à domicile, la modernisation et l'adaptation des soins de premier recours sont indispensables. »(59). On est cependant encore loin d'avoir une médecine de ville

préventive et éducative efficiente. L'étude PESCE indique qu' « il apparaît nécessaire de revoir le système administratif, le financement et l'organisation de la médecine libérale pour inciter la pratique d'une activité préventive qui dans le cadre de la lutte contre le tabagisme permettrait des bénéfices conséquents en termes de santé et d'économie »(43).

Notre système de santé est en cours de restructuration, tout du moins a minima. L'émergence de pratiques collectives (comme les MSP ou le dispositif Asalée), est bien accueillie par les médecins de notre étude. Ils semblent penser que de tels dispositifs ou structures favoriseront les pratiques préventives, et de ce fait, l'implication des MG dans des projets collectivement définis. Certains de ces projets pourraient être en phase avec des campagnes nationales, comme #MoisSansTabac. Les évaluations disponibles de ces nouvelles pratiques confirment qu'elles sont bien accueillies par les professionnels de santé et qu'elles auraient un impact positif sur la santé ; la prévention favoriserait la pluriprofessionnalité et inversement. Concernant Asalée, une enquête d'opinion, réalisée par l'IRDES auprès de médecins, d'infirmiers et de patients du dispositif Asalée (60), et une autre, réalisée dans le Limousin (61), suggèrent que le dispositif est une réussite et que tous sont globalement satisfaits malgré des pratiques au sein des binômes médecins/infirmiers très hétérogènes dans leur mode de fonctionnement. Ils mettent en avant une amélioration du suivi des patients et un confort d'exercice accru. Le dispositif Asalée est à optimiser, afin de remédier à des problèmes d'organisation, et à développer en privilégiant les zones déficitaires. Concernant les MSP, une étude, évaluant la place des pratiques préventives et éducatives au sein des MSP (62), révèle que les pratiques de prévention sont amenées à se développer plus facilement dans les MSP, du fait d'un investissement collectif. Cela aurait aussi des répercussions positives sur les pratiques individuelles. Les MG n'ont dorénavant (et contrairement à leurs aînés) plus peur des pratiques collectives. Ils les redécouvrent et souhaitent les développer pour pouvoir assurer les missions de prévention qu'ils sont de plus en plus nombreux à reconnaître comme faisant partie de leur rôle. Cependant les implications de ce rôle en termes de pratique au quotidien n'ont jamais été vraiment anticipées, l'environnement socio-économique des conditions de travail des MG n'ayant que peu été pris en compte. Notre système de santé doit continuer de se réformer en améliorant l'environnement professionnel des MG afin de promouvoir une médecine préventive.

➤ Valoriser la prise en charge

Dans une pratique solitaire et individuelle de la médecine générale, les médecins de notre étude n'envisagent pas de programmer des consultations dédiées au sevrage tabagique durant #MoisSansTabac et ce même avec une valorisation financière de ce type de consultation. Ils avancent les freins liés aux patients qui ne viennent que très rarement à ces consultations et les freins liés au fonctionnement actuel de la médecine de ville et à leur manque de compétences. Ils proposent d'encourager, tout au long de l'année, la pratique du sevrage tabagique par différentes formes de valorisation financière, l'implication totale dans un projet de santé demandant du temps. Une compensation financière du temps dédié ou des enveloppes sous forme d'appels à projets pourraient les motiver à s'impliquer dans des projets qu'ils soutiennent. Cela passe par la restructuration de la médecine de ville qui doit prévoir, entre autres une valorisation financière de la prise en charge du tabac qu'elle soit collective ou individuelle.

De nombreuses études mettent en avant le manque de rémunération des MG pour les impliquer dans le sevrage tabagique. Plusieurs pistes de valorisation financière sont envisagées. Dans l'étude PESCE (43), il est proposé la mise en place : - d'une cotation spécifique pour la prise en charge du sevrage tabagique ; - d'« un paiement spécifique de qualité, au MG, s'il enregistre le statut tabagique des patients et s'il propose des conseils de sevrage ».

Sébastien CLIQUENNOIS, MG ayant réalisé une thèse dont le titre est « Difficultés du MG à la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique » a un autre point de vue. Il remet en question le paiement à l'acte, cette forme de rémunération encourageant davantage la médecine curative. Il envisage la mise en place d'un « compteur temps (par exemple avec la carte vitale) qui pourrait

déterminer le prix de la consultation en fonction du temps passé en face du patient [...] afin d'inciter le médecin à pratiquer une activité préventive [qui] doit être relativement aussi bien rémunérée que la médecine curative» (43).

Différents moyens de valorisation de la prévention sont déjà en train de voir le jour. La nouvelle convention (56) fait état de consultations, qui nécessitent des actes complexes, revalorisées à 46 euros depuis le 1er novembre 2017. Cela concerne entre autres « la prise en charge [...] de situations cliniques comprenant un fort enjeu de santé publique ([...] prévention...) ». Il n'est pas clairement spécifié si la prise en charge du sevrage tabagique entre dans ce cadre des consultations complexes mais le terme prévention nous pousse à le croire. On note aussi le développement d'appels à projets ; d'ailleurs concernant #MoisSansTabac 2016, des appels à projets ont été lancés en mars. Cependant il est apparu que la communication de ces appels à projets n'avait pas été rendue suffisamment visible ni lisible pour les acteurs locaux réduisant nécessairement leur portée (18) : cela explique que les médecins de notre étude n'en aient pas eu connaissance. En 2018, les ARS ont bénéficié de crédits supplémentaires pour financer, coordonner et suivre des actions du Programme Régional de Réduction du Tabagisme (P2RT). Ainsi, 25 millions d'euros, issus du fond de lutte contre le tabac, ont été dédiés à la réalisation d'appels à projets régionaux (63). Depuis 2015, il a également été mis en place, au sein des MSP, de nouveaux modes de rémunération (NMR), visant à encourager la dimension collective, coordonnée et pluriprofessionnelle. Toutes les MSP de Nouvelle-Aquitaine ont reçu un courrier de l'ARS en ce sens, leur demandant de développer des projets. Ces NMR sont reconnus comme un déclencheur, qui accroît ou génère la motivation des professionnels à développer des pratiques préventives mais ces financements ne suffisent pas. Actuellement, de nombreuses MSP restent centrées sur le curatif. Cela suggère que l'émergence des MSP répond plus à un problème d'exercice que de santé. Les démarches administratives restant complexes, peu de projets locaux de prévention aboutissent. La mise en place de projets de prévention « nécessite notamment une aide logistique, administrative, pour la coordination, pour la communication interne et externe. Elle nécessite que les professionnels acquièrent une « expertise du territoire », qu'ils comprennent les enjeux des différentes institutions ». Au-delà des aides financières et humaines, la réalisation de projets ne doit pas reposer que sur des convictions. Les acteurs de santé, de ces nouvelles structures ou ceux souhaitant être à l'initiative d'un projet, doivent acquérir de nouvelles compétences en matière de promotion de la santé et de marketing social.

➤ **Redonner la parole aux acteurs de terrain dès la construction d'une campagne**

Afin de s'impliquer davantage dans une campagne comme #MoisSansTabac, les médecins de notre étude ont demandé que la parole soit donnée aux acteurs de santé de terrain dès la construction du projet. Un participant a proposé que les médecins soient sollicités par questionnaires informatisés sur le modèle Delphi. Cette méthode a pour but d'obtenir un avis final, unique et convergent sur les orientations à donner à un projet. Elle consiste à interroger des experts individuellement, de manière itérative à l'aide d'un questionnaire préétabli. Il n'y a ni réunion de groupe, ni discussion entre les membres. Le processus est entièrement anonyme, les participants sont interrogés à distance par courrier, par fax ou par mail sans se connaître, ce qui évite les phénomènes de dynamique de groupe ou de dominance d'un participant (64). L'étude PESCE va dans le même sens et indique qu'il faut promouvoir la participation des MG à l'élaboration des directives cliniques sur le sevrage tabagique et aux projets de recherche (essais cliniques et études d'observation). « Les ministères de la Santé, les associations de médecins et des professionnels de santé qui souhaitent élaborer des directives cliniques doivent impliquer les MG dès le début du processus, en créant des groupes spécifiques au niveau régional, national et européen »(43).

❖ **Faciliter la promotion de la santé autour du sevrage tabagique via l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique par des actions de proximité notamment durant #MoisSansTabac**

Les médecins de notre étude ont proposé plusieurs idées de prise en charge collective du tabac dans lesquels les généralistes qui le souhaitent pourraient s'investir. Il leur a semblé primordial de mettre en place des projets de prévention primaire via l'éducation à l'école, afin de décourager l'entrée dans le tabagisme qui se fait de plus en plus jeune. Il pourrait donc s'agir de systématiser l'éducation pour la santé, à l'école, en impliquant des médecins ou des infirmières volontaires du primaire au lycée, ces interventions ayant montré leur efficacité. En 2013, la cour des comptes a pointé du doigt l'absence de plan de prévention à l'école en France (65). Le Ministère de la Santé a su réagir et s'adapter puisque l'un des 3 axes du PNLT 2018-2022 est de « protéger nos enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme ». Il s'agit : - de mobiliser la société civile dans la lutte contre le tabac ; - de mettre en place une stratégie durable de communication adaptée aux jeunes ; - et de promouvoir les programmes validés de renforcement des compétences psychosociales et de soutien par les pairs, à l'image du projet TABADO (lycées professionnels et centre de formation des apprentis (CFA)) (66) ou du programme britannique ASSIST (A Stop Smoking in Schools Trial) au collège (67). Certaines de ces interventions pourraient être coordonnées au #MoisSansTabac.

Les médecins de notre étude ont également proposé une prise en charge collective du tabac via la mise en place de stages de proximité sous forme de groupes de parole. Le but serait de créer des échanges et une entraide entre les fumeurs. Ces stages se dérouleraient au sein d'établissement de santé de premier recours par le professionnel de santé de la structure à l'initiative du projet. Il pourrait s'agir d'un médecin ou d'une infirmière d'éducation thérapeutique. Le dispositif Asalée prévoit d'ailleurs d'expérimenter l'éducation thérapeutique de groupe (61). Ce projet se fonde essentiellement sur des convictions personnelles. Idéalement, il faudrait préalablement interroger des patients fumeurs de la structure afin d'identifier leurs véritables attentes.

De plus, les MG fumeurs, au-delà du fait qu'ils donnent moins de conseils sur le sevrage tabagique que leurs confrères, seraient moins crédibles et ainsi moins efficaces dans la lutte contre le tabac. Les professionnels de santé ont donc un « rôle de modèle important envers toute la population » vis-à-vis du tabagisme (18). Or en 2010, 40% des aides-soignantes et 23% des infirmiers et sages-femmes déclaraient fumer quotidiennement. Concernant les MG, en 2015, une forte baisse de la prévalence à 16% a été noté ce qui est positif mais encore insuffisant (68). Face à ce constat, le projet PESCE (43) recommande d'aider tous les professionnels de santé qui fument à arrêter. Dans le cadre de #MoisSansTabac, on peut ainsi imaginer des programmes spécifiques de sevrage tabagique élaborés pour les professionnels de santé, et notamment les MG en s'adaptant à leurs besoins et à leur environnement professionnel. Une action de #MoisSansTabac 2016 est à souligner : elle avait ciblé spécifiquement les professionnels de santé. Il s'agit de l'action « Accompagnement au sevrage tabac au Centre Hospitalier de Blaye auprès du personnel ».

« Penser globalement, agir localement » le slogan n'est pas neuf mais illustre ici ce qui doit être fait en termes de prévention du tabagisme. Afin d'impliquer les MG dans la campagne #MoisSansTabac et de satisfaire à la demande des fumeurs, il faut, durant la campagne, encourager le nombre d'actions de proximité faciles d'accès. Les médecins motivés pourront ainsi plus facilement s'investir dans des projets éducatifs.

❖ **Faciliter l'accès aux outils**

Tout comme les médecins de l'étude de Bordeaux métropole (41), les médecins de notre étude ont souhaité qu'au moins un kit leur soit systématiquement envoyé afin d'en connaître le contenu. D'autres souhaitent pouvoir se procurer facilement de nombreux kits afin de les distribuer. En pratique, on peut commander les kits sur le site pro.tabac-info-service.fr. Il y a eu peu de commandes de professionnels et notamment de MG du fait que ces derniers n'ont pas eu connaissance de ce site

et du fait de difficultés d'accès au compte professionnel. L'étude sur #MoisSansTabac réalisée par l'EHESP (18) préconise, suite à la demande de professionnels de santé:

- de simplifier les modalités d'accès aux kits pour les professionnels de santé ;
- de mettre les outils à disposition, dès septembre.

L'envoi systématique d'une affiche et de flyers d'emblée ne paraît pas être prioritaire. Il semble être plus pertinent de ne les envoyer qu'après une sensibilisation préalable et sur demande des médecins (41).

Dans notre étude, seul un médecin a évoqué l'intérêt du testeur au CO utilisé par l'IDE Asalée avec qui il travaille. D'autres études (18,41,47) feraient part de la volonté des médecins acteurs de la campagne de disposer de testeurs de CO.

❖ **Améliorer le réseau et sa connaissance**

Les médecins de notre étude et de celle de Bordeaux (41) ont demandé à être davantage informés des différents partenaires du réseau. Ils ont déploré également l'absence de communication avec les tabacologues. La plupart n'avaient pas retenu l'annuaire en ligne, www.addictoclic.com créé par AGIR 33, qui répertorie toutes les consultations d'addictologie en Aquitaine. Cet outil permet d'obtenir une liste de consultations adaptées après avoir renseigné le secteur géographique désiré, le type d'addiction et le public ciblé. Cependant le Lot-et-Garonne n'offre que quatre centres de sevrage tabagique, un centre dans chaque hôpital du département (Marmande, Agen, Villeneuve-sur-Lot et Nérac) ce qui était déjà connu des médecins. En outre, le délai d'obtention d'une consultation est de un à trois mois, alors que peu de MG prendraient l'initiative d'envoyer leur patient à une consultation de tabacologie (seulement 3% dans l'étude PESCE (43)). Les délais sont encore plus longs pendant #MoisSansTabac en raison de l'augmentation des demandes de consultations de tabacologie, les patients venant d'eux-mêmes (47). Cette faible sollicitation des tabacologues par les généralistes peut s'expliquer, du fait de la saturation des consultations et du fait de l'absence de correspondance entre généralistes et tabacologues.

Il semble nécessaire d'optimiser l'articulation avec les autres professionnels de santé et de développer un réseau de proximité afin de répondre aux attentes des fumeurs et ce dans les meilleurs délais. En ce sens, l'étude PESCE (43) a établi les préconisations suivantes : « les services externes de sevrage doivent faire un compte rendu régulier des succès de sevrage des patients aux généralistes. Enfin, il est nécessaire d'établir une communication entre les services externes de sevrage et les généralistes ainsi que de favoriser la création de réseaux lors des conférences et des réunions. ». Il est également préconisé de « favoriser le développement de méthodes alternatives (ex : hypnose médicale) ».

❖ **Favoriser le recours aux traitements utilisés dans le sevrage**

La proposition de remboursement des TNS a déjà été mise en place depuis mai 2018, tous les TNS devant être remboursés d'ici fin 2018 avec la suppression du forfait au 1^{er} Janvier 2019. A la différence du forfait, le remboursement des TNS permet de supprimer l'avance de frais chez le pharmacien et d'avoir le même tarif dans toutes les pharmacies pour ces traitements. Le remboursement des TNS pourrait, comme le laisse penser l'enquête IFOP (48), inciter les fumeurs souhaitant se sevrer à consulter son médecin traitant.

➤ **Mieux informer les médecins sur les traitements disponibles**

Les médecins de notre étude et de celle de Bordeaux (41) ont demandé à être mieux informés sur les traitements disponibles dans le sevrage tabagique. L'étude PESCE a révélé également que les généralistes manquaient souvent d'information sur les traitements. Or, c'est la connaissance et la perception de l'efficacité des différents traitements qui les incitent à les utiliser. Plusieurs moyens se mettent en place afin de mieux informer les médecins. Dans le cadre de la nouvelle convention (56),

l'assurance maladie organise depuis juin 2018 « des campagnes de visites auprès des médecins traitants [...] sur l'action d'arrêt du tabac pour les informer des offres d'accompagnement au sevrage tabagique qui sont développées en partenariat avec l'agence nationale de la santé publique et les sensibiliser à la prescription des traitements substitutifs nicotiniques bénéficiant d'une prise en charge améliorée » (56). D'autres outils sont à disposition des MG qui souhaitent s'informer et se former en ligne. AGIR 33 a mis en place des tutoriels de formation des professionnels de premiers recours sur le site www.addictutos.com. Un tutoriel de trente minutes, créé à l'occasion de #MoisSansTabac 2016, est dédié au sevrage tabagique ; il reprend de façon didactique les différentes étapes à identifier au cours de la prise en charge du sevrage tabagique du patient. Onze minutes sont consacrées à « quand et comment prescrire les TNS/ la Varénicline/ le Bupropion ? ». Ce format est moins chronophage qu'une formation à part entière et permet de toucher une plus large cible de MG et notamment ceux qui ne prendront pas le temps de se former, par manque de temps. Certains médecins ne semblent pas connaître l'existence de ce site, alors que la déléguée de prévention en fait la promotion lors de son passage annuel, systématiquement. Cependant, seulement 70% environ des médecins sont visités, 30% refusant sa venue. De plus, le site est opérationnel seulement depuis Janvier 2016 (42).

4.2.4.2 Améliorer la communication de la campagne envers les professionnels de santé

Les médecins de notre étude et de celle de Bordeaux (41) ne sont pas sensibles aux mêmes moyens de communication les uns les autres. Par exemple, certains sont plus réceptifs aux emails, d'autres aux supports papiers (courriers...) ; d'autres encore préfèrent une communication verbale en direct. Face à ces divergences, il est proposé de diversifier les outils d'information afin d'atteindre un maximum de généralistes.

Les lobbies et en particulier les industries pharmaceutiques utilisent des outils marketing efficaces pour communiquer avec les médecins. Pour eux, les médecins sont capitaux puisqu'ils jouent un rôle décisif dans le choix final du patient. Sur un site de management et de développement commercial on peut lire : « Pour que ce maillon essentiel ne vous oublie pas, sachez apporter à vos prescripteurs les informations dont ils ont besoin et entretenir des liens directs à l'occasion de visites. » (69)

En suivant ces règles marketing et en adéquation avec la demande des médecins, il semble pertinent d'améliorer les relations avec les MG, en privilégiant les liens directs, ce qui nécessite d'encourager le développement de délégués de prévention à l'image de celle qui m'a informée de #MoisSansTabac en octobre 2016. Si tous les médecins ne peuvent être visités dans un premier temps, il pourrait être pertinent de cibler, en amont de la campagne (septembre, octobre), les médecins influents, leaders d'opinions, têtes de réseaux.

En amont de la campagne, certains médecins sont en demande de formations groupées sur la lutte contre le tabac. En effet, trop peu de médecins osent s'impliquer dans la lutte contre le tabac et le sevrage tabagique, car ils se jugent incompetents (70). Ces formations groupées en amont de la campagne seraient un bon moyen de leur offrir de nouvelles compétences et de les impliquer dans #MoisSansTabac, l'étude PESCE (43) indiquant qu'un stage de formation augmente de manière significative la fréquence et la qualité du conseil du MG et améliore le résultat du sevrage du patient. Ces formations doivent permettre aux médecins de gagner en confiance en soi en leur enseignant aussi les techniques de changement comportemental. En effet, au-delà du tabac, le défi du MG dans le cadre de la promotion pour la santé, est d'inciter et d'encourager leurs patients à changer de comportements pour leur santé. Il est temps que les formations médicales continue et initiale traduisent ce changement de cap, en ne se contentant plus de donner de simples conseils, mais en s'intéressant à la complexité du comportement et à la relation entre le professionnel de santé et son patient.

Ils demandent également à être informés via différents supports par un interlocuteur connu, de confiance. SPF n'était peut-être pas encore suffisamment connue des médecins ayant été créée en avril 2016, l'interlocuteur préalablement connu étant l'INPES.

Les médecins sont aussi sensibles à la forme du message, ce qui sous-entend de recourir à des techniques marketing dans la communication avec les professionnels de santé. Des efforts marketing sont à souligner concernant la communication sur #MoisSansTabac 2018 auprès des professionnels.

Dans notre étude, trois hommes âgés de 40 à 59 ans, travaillant seuls et n'ayant pas participé à de FMC sur le sevrage tabagique ont déclaré ne pas être prêts à relayer la campagne. Dans l'étude bordelaise sur #MoisSansTabac, les femmes se sont montrées plus enthousiastes (41). Des travaux issus du baromètre santé 2009 peuvent expliquer les résultats. Ils ont montré : - que les MG femmes, les médecins âgés de moins de 40 ans, et les médecins formés au sevrage abordaient plus systématiquement le tabac avec les patients, - que les médecins femmes s'investissaient plus fréquemment dans les pratiques de prévention que les hommes, - et que les femmes et les médecins appartenant à un réseau de santé évoquaient plus souvent l'intérêt de faire des campagnes d'information et la nécessité d'avoir une meilleure reconnaissance de leur rôle (50). Pour les prochaines campagnes #MoisSansTabac, il faudra donc cibler davantage les MG femmes, les jeunes, les formés et ceux travaillant en groupe, les autres étant les médecins les plus difficilement mobilisables. Les autres ne sont pour autant pas à négliger car malgré tout, l'ensemble des MG pense que le tabagisme relève de son rôle. Face à ces faits établis et suite aux différentes études sur #MoisSansTabac, il est préconisé d'informer : - dans un premier temps (septembre, octobre), tous les MG (y compris les remplaçants non thésés) de la campagne, via un mail officiel (de l'ARS, du conseil de l'Ordre, de la liste de diffusion DSG-urgent), via les revues de médecines générales les plus lues... ; - dans un deuxième temps (octobre), prioritairement les MG formés, les actifs dans la lutte contre la tabac, les jeunes, les femmes et ceux travaillant en équipe (MSP, Asalée, participants à un groupe de pairs...) avec un nouveau mail plus ciblé et un courrier avec envoi systématique d'au moins un kit, voire d'une affiche et de flyers. Tout mail devrait contenir le kit au format PDF ainsi qu'un lien valide pour commander simplement les différents outils, les médecins souhaitant disposer des outils de #MoisSansTabac et l'étude PESCE (43) indiquant que « le MG [serait] plus enclin à donner des conseils lorsqu'il s'appuie sur de la documentation » scientifique et validée (ex : brochures INPES...).

4.2.4.3 Améliorer la communication envers les citoyens

Les médecins de notre étude ont proposé de renforcer le caractère festif et ludique de la campagne ce qui pourrait renforcer le côté fédérateur du défi collectif. La balance motivationnelle des fumeurs ne peut être que favorisée par des actions collectives et ludiques. Moi(s)SansTabac 2016 avait déjà joué sur ce tableau via les réseaux sociaux, l'application et des actions locales.

Sur les réseaux sociaux, de nombreux outils officiels ou non ont diffusé des messages sur un ton humoristique (via Facebook, Twitter, YouTube) durant #MoisSansTabac afin d'interpeller et de renforcer la motivation. Il s'agit d'outils ludiques, innovants pour ce type de campagne mais un manque de visibilité a été à déplorer durant la première campagne, aucun support de communication n'ayant mentionné notamment la page Facebook ou le « #MoisSansTabac »(18,58). Ce n'est que depuis la deuxième campagne que le défi a été renommé #MoisSansTabac au lieu de Moi(s) sans tabac, le hashtag symbolisé par « # » faisant référence aux réseaux sociaux.

Concernant les actions ludiques menées, on peut citer le challenge inter-entreprise « les cordées de Sanofi© » avec la création d'un dispositif visant à simuler l'ascension de l'Everest en quatre semaines. Chaque semaine, était calculé le score de chacun, en se basant sur les efforts de réduction du tabagisme des participants. Sur les 78 volontaires, 19 ont arrêté définitivement et 24 ont réduit significativement leur consommation. Le Vélo-blender, quant à lui, permettait de fabriquer son jus de fruit en pédalant. La Gravity-Box proposait aux fumeurs de prendre une photo dans un environnement décalé aux couleurs de #MoisSansTabac. On peut citer encore le rallye santé de Lille qui a consisté à répondre à des questions, rébus ou devinettes dans le cadre d'un jeu de piste, l'ensemble des réponses se trouvant dans les kits #MoisSansTabac remis aux 150 participants, dont 80% étaient des fumeurs. Ces actions ludiques n'ont pas été suffisamment nombreuses et l'on peut déplorer l'absence

d'un challenge de terrain de grande envergure. L'EHESP (18) propose en ce sens d'accentuer la notion de défi collectif en organisant « un challenge national décliné en régions avec communication sur le résultat (course ? paliers à franchir ?...) ». Certains médecins ont proposé de créer un challenge avec une récompense à la clé. Cette idée a fait débat, ce système de récompense ne permettant qu'une motivation éphémère. Les médecins, en faveur de cette idée, ont avancé le fait que cette motivation initiale bien que temporaire permettrait de passer le cap le plus difficile du sevrage, partant du fait établi « qu'une personne a 5 fois plus de chances d'arrêter complètement de fumer si elle a été capable de « tenir bon » pendant 28 jours ». Dans cet esprit, chaque année depuis 1995, la Suisse organise un concours pour arrêter de fumer. L'objectif est également d'arrêter toute consommation de tabac pendant 1 mois. Tous les participants ayant respecté les règles du concours participent à un tirage au sort. Les gagnants sont alors soumis à un test respiratoire et leurs témoins doivent confirmer leur abstinence. Un prix de 5000 Francs suisses et 10 prix de 500 Francs suisses sont en jeu. En 2017, plus de 5000 personnes ont participé au concours. 43% d'entre elles ont réussi le défi (71). Cependant, la réussite ne peut pas être garantie par un simple test au CO, l'élimination totale du CO se faisant en 15h et sa présence étant non spécifique du tabac (72). L'objectif de ce concours ne repose peut-être pas tant sur la réussite du défi en soi, que sur la diffusion sociale et médiatique de ce défi afin de sensibiliser au tabac à plus grande échelle. Ce format a aussi le mérite d'inciter les participants à s'inscrire ce qui permet une meilleure évaluation du programme.

Afin d'encourager régulièrement les participants au défi et d'avoir un meilleur suivi de la campagne, il a été proposé dans notre étude et deux autres enquêtes (41,47) de simplifier et de systématiser l'inscription au défi des participants consultant un professionnel de santé. Ils ont imaginé inscrire leurs patients volontaires via la carte vitale en « 2 clics » à l'image de la déclaration médecin traitant en ligne sur leur espace professionnel Ameli. Cela permettrait de créer une liste de diffusion des participants au défi. Cette liste permettrait d'envoyer un kit à tous les participants et d'envoyer des mails de soutien à ceux qui le souhaitent. Elle pourrait être réutilisée a posteriori pour communiquer sur les futures campagnes. Cela nécessiterait un partenariat avec toutes les caisses d'Assurance Maladie. Or déjà en Nouvelle-Aquitaine, deux CPAM sur sept n'ont pas souhaité être partenaires (47).

La campagne #MoisSansTabac 2016 avait l'ambition de toucher le plus de personnes, les fumeurs et les non-fumeurs potentiels supporters. Si l'on veut toucher tous les français, il faut multiplier les outils d'information en utilisant les moyens classiques mais aussi des moyens plus innovants, comme le fait de mobiliser une personnalité reconnue comme étant un influenceur d'opinion auprès de la cible visée. C'est ce qui a tenté d'être fait en 2017 avec la participation au défi de Laurent Romejko et de son supporter, Michel Cymes. Être pertinent, lorsque la cible est large, est difficile d'autant plus lorsque le budget est restreint. « Si la campagne a pu apparaître trop généraliste aux yeux de certains, un ciblage plus marqué aurait été contraire à sa philosophie première de non stigmatisation et de défi collectif sans distinction d'âge ou d'origine socioprofessionnelle »(18). Pour autant, il apparaît nécessaire de cibler annuellement un public différent (femmes enceintes, jeunes, personnes vulnérables, fumeurs très dépendants, professionnels de santé...) afin d'adapter aux mieux les outils de communication dans le cadre d'une démarche globale de marketing social.

CONCLUSION

Amener le patient à changer de comportement est un enjeu permanent. Les avis des médecins sont partagés concernant leur efficacité à aider les patients à changer leurs comportements notamment en ce qui concerne l'arrêt du tabac. Le marketing social est encore un outil peu connu des MG. Utilisé intelligemment, dans une démarche globale, il peut avoir un impact sur les changements de comportements en motivant le patient à franchir un cap et en motivant les MG à s'en saisir.

#MoisSansTabac est la première campagne nationale française faisant clairement appel au marketing social. L'utilisation de ces outils marketing pour promouvoir l'arrêt du tabac est approuvée par les MG qui jugent cette campagne et le principe du défi collectif intéressant et bien intentionné. Pour autant, aux yeux des MG celle-ci est passée inaperçue. Ils ne s'y sont pas impliqués pour des raisons propres à la campagne mais aussi du fait de dysfonctionnements dans notre système de santé actuel.

De nombreux problèmes de conception de la campagne sont à déplorer du fait d'une utilisation partielle du marketing social, ce qui a impacté la qualité de la communication et de l'évaluation. Les MG ont déploré un manque d'information de qualité, à leur égard et une faible sollicitation de la part de leurs patients. Afin d'être plus impactant, il a été proposé, entre autres, de se focaliser chaque année sur une cible différente, d'interroger la cible sur ses attentes et de multiplier les actions festives et ludiques à l'échelle nationale et locale. Afin d'encourager l'inscription au défi, il a été proposé la mise en place d'un système de récompense type jeu-concours et la mise en place d'un procédé simple et rapide permettant l'inscription systématique des participants consultant un professionnel de santé. Ces deux systèmes faciliteraient le recueil de données, ce qui permettrait une meilleure évaluation de l'efficacité de la campagne #MoisSansTabac.

Le manque d'implication des MG est aussi inhérent à notre système de santé, les MG témoignant d'une dégradation de leurs conditions de travail. Les médecins se disent « noyés » par de trop nombreuses sollicitations. Leur implication dans le sevrage tabagique est insuffisante du fait entre autres, d'un manque de temps et d'un manque de formation. Ils ont proposé dans l'immédiat de solliciter davantage les MG les plus à même de s'impliquer c'est-à-dire ceux qui ont bénéficié d'une formation, les jeunes, les femmes, ceux travaillant en groupe... Pour répondre à ces nouveaux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux, il est nécessaire de poursuivre la restructuration de notre système de santé. La médecine de ville doit naturellement tendre vers un travail plus collectif en encourageant le regroupement de professionnels de santé et de nouvelles formes de collaboration mais cela ne suffit pas. Il faut favoriser le développement de la médecine préventive en médecine de ville en encourageant le développement de projets locaux émanant des acteurs de terrain. Ces derniers doivent être concertés dès la construction d'un programme de prévention. Il est évident que les MG, partenaires de terrain efficaces, ne peuvent s'inscrire dans ces actions que s'il existe une volonté politique forte. De tels projets nécessitent la mise à disposition de moyens adaptés avec notamment une aide humaine permettant aux acteurs de se décharger de toute la partie administrative du projet et un financement du temps dédié ou sous forme d'appels à projets. La stratégie nationale de santé 2018-2022 semble aller dans ce sens. Afin d'être pertinent dans l'élaboration de projets, les acteurs doivent être formés. Il est nécessaire d'enseigner, au cours de la FMI et de la FMC, la promotion de la santé en approfondissant les techniques de changement comportemental dont le marketing social sera, demain, un outil incontournable.

Le manque d'implication des MG, dans la campagne #MoisSansTabac et le sevrage tabagique en général, s'explique aussi du fait d'une faible sollicitation de la part des patients. Le marketing social de #MoisSansTabac pourrait être une solution pour susciter cette demande. Cela pourrait amener les MG à s'impliquer davantage dans la campagne. Afin d'encourager à la prise en charge du sevrage tabagique, les politiques de santé doivent informer, via l'éducation à l'école et des campagnes marketing de promotion de la santé, que le MG est l'interlocuteur principal. L'inscrire dans la loi ne suffit pas.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Tabagisme [Internet]. [consulté le 26 février 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>
2. Perriot J, Underner M, Doly-kuchcik L. Tabac: quels risques pour la santé?. Rev Prat. Mars 2012; 62(3):333-338.
3. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [Internet]. Paris; 2014 [consulté le 15 janv 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
4. Kopp P, Fenoglio P. Le coût social des drogues en France [Internet]. Ofdt, Paris; 2015 [consulté le 26 février 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>
5. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France: premiers résultats du baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. Mai 2018;14-15:265-73. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_1.pdf
6. Inpes. La législation antitabac en France [Internet]. Santé Publique France. [consulté le 26 février 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp>
7. Blog Seton. La lutte contre le tabagisme en France. [Internet]. [consulté le 28 février 2018]. Disponible sur: <https://www.seton.fr/blog/securite/lutte-contre-tabagisme-france/>
8. Simon M. Le prix du paquet de cigarettes augmente d'un euro ce jeudi [Internet]. Le Figaro. [consulté le 3 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/economie/le-scan-eco/2017/06/23/29001-20170623ARTFIG00135-prix-du-tabac-la-ministre-de-la-sante-veut-une-augmentation-forte-et-rapide.php>
9. Insee. Taux de pauvreté en France [carte] [Internet]. 2011 [consulté le 28 février 2018]. Disponible sur: http://www.lefigaro.fr/assets/infographie/print/2anime/web_201510_slide_pauvrete/gabarit_pauvret e.html
10. France Tabac. Un plan filière pour la tabaculture française [Internet]. Décembre 2017 [consulté le 18 juillet 2018]. Disponible sur: <http://agriculture.gouv.fr/telecharger/88357?token=f7ba32b44ea82579e5849b7c9bf1ef46>
11. Touraine M. Moi(s) Sans Tabac: un défi collectif pour arreter de fumer. Dossier de presse [Internet]. Santé publique France. 6 octobre 2016 [consulté le 24 janvier 2017]. Disponible sur: http://www.santepubliquefrance.fr/content/download/1198/11387/version/2/file/DP_moissanstabac_061016.pdf
12. Santé Publique France. Lancement de l'opération Moi(s) sans tabac : une nouvelle stratégie pour Santé publique France [Internet]. [consulté le 14 janvier 2017]. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Lancement-de-l-operation-Moi-s-sans-tabac-une-nouvelle-strategie-pour-Sante-publique-France>
13. Santé Publique France. Moi(s) sans tabac : vif succès de l'opération avec 180 000 inscrits sur tabac-info-service.fr [Internet]. [cité le 14 janvier 2017]. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Moi-s-sans-tabac-vif-succes-de-l-operation-avec-180-000-inscrits-sur-tabac-info-service.fr>
14. Beck F., Guignard R. Prévalence du tabagisme en France et comparaisons internationales [Internet]. Inpes. Colloque « Journée Mondiale Sans Tabac 2012 » [org. par le Hcsp et la Dgs]; 22 mai 2012; Paris. [consulté le 14 janvier 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/prevalence-tabagisme.pdf>
15. Lagrue G. Arrêter de fumer ?. Paris: O. Jacob; 1998.
16. Soulard E, Leaune V. 10 ans de Défi j'arrête, j'y gagne! : bilan de participation et de la cessation tabagique: rapport provincial [Internet]. Montréal, Québec: Agence de la santé et des services sociaux

- de Montréal; 2012. [consulté le 3 janvier 2017]. Disponible sur : https://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/978-2-89673-240-1.pdf
17. Fenton K. Stoptober : une campagne d'aide à l'arrêt du tabac en Angleterre. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(30-31):499-502. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/pdf/2016_30-31_2.pdf
 18. Ehesp. « Moi(s) sans tabac: une dynamique collective pour arrêter de fumer? » [Internet]. Module interprofessionnel de santé publique. Groupe 23. Rennes; 2017 [consulté le 19 juillet 2018]. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/mip/2017/groupe23.pdf>
 19. Swann Périssé. Si la cigarette était une femme [Vidéo]. [ajouté le 7 novembre 2016]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=jhUvvy8WbPs>
 20. Comité de Pilotage. Moi(s) Sans Tabac. Restitution de la campagne 2016 en Nouvelle-Aquitaine. 15 Décembre 2016 [consulté le 30 juillet 2018]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-07/RSP_30_06_2017_11_Retour_Mois_sans_tabac.pdf
 21. Loiseau M. Le Moi(s) sans tabac 2016 en Nouvelle-Aquitaine: Bilan et enquête d'opinion. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2017.
 22. Cahill K, Perera R. Quit and Win contests for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Syst Rev. 2008;4:1-22.
 23. Ofdt. Tableau de bord Tabac [Internet]. Novembre 2016 [consulté le 25 février 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt170113.pdf>
 24. Guignard R, Richard J-B, Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Smadja O et al. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois Sans Tabac: premiers résultats observés dans le baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. Mai 2018;14-15:298-303. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_6.pdf
 25. Loumagne P. Evaluation de la prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale: Etude quantitative et qualitative d'un échantillon de 89 patients. Thèse de médecine, Poitiers: Université de Poitiers; 2013.
 26. Projet ITC (Octobre 2011). Rapport national ITC France. Université de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut national du cancer (INCa), Paris, France.
 27. Ehesp. « Le marketing social: un oxymore qui a du sens? » [Internet]. Module interprofessionnel de santé publique. Groupe 5. Rennes; 2017 [consulté le 18 juillet 2018]. Disponible sur : https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/mip/groupe_5.pdf
 28. European Food Information Council (EUFIC). Motiver le changement des comportements [Internet]. Rev EUFIC. 2014;7. [consulté le 31 déc 2015]. Disponible sur : <http://www.eufic.org/article/fr/page/RARCHIVE/expid/Motiver-le-changement-des-comportements/>
 29. Enea Consulting, GRET. Le marketing social au service des projets de développement: Présentation des enjeux et éléments de méthode [Internet]. Janvier 2010 [consulté le 25 mars 2018]. Disponible sur: http://www.reseau-cicle.org/wp-content/uploads/riaed/pdf/Open_Ideas_ENEA_Consulting_-_Le_marketing_social_au_service_du_developpement.pdf
 30. Gallopel-Morvan K. Marketing social et marketing social critique : quelle utilité pour la santé publique ?. Trib Santé. 2014;(45):37-43.
 31. OMS. Communication pour un impact comportemental (COMBI): Outil pour la communication comportementale et sociale dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques [Internet]. [consulté le 4 août 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/ihr/publications/COMBI_ToolKit_fr.pdf
 32. Bérard A. Le marketing social Quel apport dans les campagnes d'incitation ?. Rev Med Ass Maladie 2001;32,2:145-9.
 33. FLVS/VIF. La méthode [Internet]. VIF. 2017 [consulté le 2 août 2018]. Disponible sur: <http://vivonsenforme.org/methode/>

34. Régnier V. Le Lot-et-Garonne à grands traits [Internet]. Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine. Avril 2016;18. [consulté le 28 février 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908476#titre-bloc-19>
35. Laperche J. Promotion de la santé: quel rôle pour le médecin généraliste?. La santé de l'homme. Novembre-décembre 2007;392:46-8.
36. Daniel H. Pink. Vous êtes vendeur le saviez-vous?. Tours: Pearson France; 2013.
37. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5.
38. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes : l'entretien collectif. Paris: Armand Colin; 2014.
39. Paillé, P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994;(23):147-181.
40. Rat C, Tudrej B, Kinouani S, Guineberteau C, Bertrand P, Renard V et al. Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale. Exercer. 2017;135:327-34.
41. Denepoux J. Comment favoriser la participation des médecins généralistes à la campagne Moi(s) sans tabac 2017? Enquête qualitative en focus group auprès de médecins généralistes de Bordeaux Métropole. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2017.
42. Alvarez P. Impact de la visite des jeunes généralistes installés libéraux (VIJIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie: étude longitudinale comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
43. Cliquennois S. Difficultés du médecin généraliste à la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique. Thèse de médecine, Dijon: Université de Bourgogne; 2017.
44. Obradovic I. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence. Tendances (OFDT). 2017;(122):1-8. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/representations-motivations-et-trajectoires-dusage-de-drogues-ladolescence-tendances122-janvier-2018>.
45. Comité National Contre le Tabagisme (CNCT). Nier les dangers de la consommation de tabac [Internet]. [consulté le 28 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.cnct.fr/dissimulation-et-mensonges-64/nier-les-dangers-de-la-consommation-de-tabac-1-63.html>
46. Tabuteau D. Pouvoirs publics et professions de santé. Trib Santé. 2010;26(1):103-21.
47. Smadja O et al. 2ème rencontre Tabaguit. Focus sur la Nouvelle-Aquitaine. 9 mars 2017; Pessac, France.
48. Pfizer. Communiqué de presse. Résultats de l'enquête Ifop/Pfizer France « Le comportement des fumeurs face à l'arrêt du tabac » [Internet]. 2017 [consulté le 18 juillet 2018]. Disponible sur: https://www.pfizer.fr/sites/default/files/content_types/cp_journee-mondiale-sans-tabac_vf_0.pdf
49. L'Assurance Maladie. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés [Internet]. [consulté le 31 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
50. Fournier C, Buttet P, Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Dans: GAUTIER A (dir). Baromètre santé médecins généralistes. Saint-Denis: Inpes éditions; 2009. p. 45-83.
51. Pouya Culo M. État des lieux de l'utilisation du conseil minimal à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes de Picardie. Thèse de médecine, Amiens: Université de Picardie; 2016.
52. Guilbaud G. Conseil minimal de sevrage tabagique par le médecin généraliste. Thèse de médecine, Nantes: Université de Nantes; 2007.
53. Autier P, Boniol M, Koechlin A, Pizot C, Boniol M. Effectiveness of and overdiagnosis from mammography screening in the Netherlands: population based study. BMJ. 2017;359:j5224.
54. Marcotte J-F. Le marketing social et la manipulation des comportements. Esprit critique. 2000;2(9).
55. Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'action et des comptes publics. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 [Internet]. 2018 [consulté le 1er novembre 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf

56. Ministère des affaires sociales et de la santé. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016 [Internet]. Journal officiel de la République française. Octobre 2016 [consulté le 2 août 2018]. Disponible sur: http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/12/Arrete_du_20-10-16__JO_23-10-16_-convention_medicale.pdf
57. Weinsier RL, Krumdieck CL. Dairy foods and bone health: examination of the evidence. *Am J Clin Nutr.* 2000;72(3):681-9.
58. Santé publique France. Evaluation de #MoisSansTabac [diaporama]. Journée des ambassadrices et ARS; 25 janvier 2018.
59. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022: La synthèse [Internet]. [consulté le 5 août 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_synthesev6-10p.pdf
60. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M (Irdes) . Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la Santé.* Avril 2018;232.
61. Py R. Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE : une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015. Thèse de médecine; Limoges: Université de Limoges; 2015.
62. Fournier C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours: place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes. Thèse de santé publique et épidémiologie, Paris: Université Paris Sud; 2015.
63. Ministère des solidarités et de la santé. Instruction n° DGS/SP3/DSS/CNAM/2018/125 du 22 juin 2018 relative au dispositif de soutien par le fonds de lutte contre le tabac aux actions nationales prioritaires et aux programmes régionaux de réduction du tabagisme [Internet]. 2018 [consulté le 1er novembre 2018]. Disponible sur: https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=27530
64. HAS. Guide méthodologique - Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé [Internet]. Janvier 2006 [consulté le 23 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.cclin-arlin.fr/nosopdf/doc06/0016925.pdf>
65. Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques. Evaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme. Rapport d'information 764 [Internet]. [consulté le 8 août 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i0764.asp>
66. Institut National du Cancer. Déploiement du projet TABADO [diaporama]. Journée Santé Publique France; 29 mai 2018. [consulté le 1er novembre 2018]. Disponible sur: <http://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2018/06/DEUTSCH.pdf>
67. Ministère de l'éducation nationale. Présentation du programme de prévention du tabagisme ASSIST [Internet]. [consulté le 6 août 2018]. Disponible sur: <http://eduscol.education.fr/cid108210/presentation-du-programme-assist.html>
68. Andler A, Guignard G, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Tabagisme des professionnels de santé en France. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. Disponible sur : <http://www.santepubliquefrance.fr>
69. Rabaud A-F. Argumentation : Bien communiquer avec les prescripteurs [Internet]. 2014 [consulté le 8 août 2018]. Disponible sur: http://www.actionco.fr/Action-Commerciale/Article/Argumentation-Bien-communiquer-avec-les-prescripteurs-1065-1.htm#&utm_source=social_share&utm_medium=share_button&utm_campaign=share_button
70. Franco L. Tabagisme : quel rôle pour le médecin généraliste ? *Inserm.* 2005;157-62.
71. Association suisse pour la prévention du tabagisme. Concours pour arrêter de fumer: 1 mois sans fumer! [Internet]. [consulté le 7 août 2018]. Disponible sur: <https://www.rauchstopp.ch/index.php/fr/concours-pour-arreter-de-fumer>
72. Underner M, Peiffer G. Interprétation des valeurs du CO expiré en tabacologie. *Rev Mal Respir.* 2010;27(4):293-300.

ANNEXES

Annexe 1 : Les affiches de la campagne #MoisSansTabac



Annexe 2 : Les différentes étapes de la démarche marketing social

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| Volet Analyse & Stratégie | Recherche & Stratégie Marketing | Planning (Planning) | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic de la situation • Analyse du marché • Segmentation des cibles • Développement d'une stratégie |
| | | Développement de messages et de supports (Message and materials development) | <ul style="list-style-type: none"> • Identification de moyens de communication • Développement de messages efficaces • Production des réalisations créatrices |
| | | Pré-test (Pre-testing) | <ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre de pré-test • Utilisation des résultats des pré-tests |
| Volet Opérationnel & Suivi | Marketing opérationnel | Mise en œuvre (Implementation) | <ul style="list-style-type: none"> • Développement d'un plan de mise en œuvre • Mobilisation des médias • Générer de la publicité • Mise en œuvre d'un suivi |
| | Suivi & Évaluation | Évaluation et retours d'expérience (Evaluation and feed-back) | <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du design • Évaluation des méthodes • Utilisation des retours pour améliorer le programme |

Annexe 3 : Mail envoyé aux MG, invitant à participer à l'un des focus groups



J'AI
BESOIN
DE VOUS !

**PARCE QUE VOS AVIS ET VOS IDEES SONT INDISPENSABLES POUR AMELIORER LA PREVENTION DE DEMAIN:
à propos de la campagne « Moi(s) sans tabac » 2016
dans le cadre de ma thèse de médecine générale**

En collaboration avec : Jean-Baptiste De Gabory
et Nousone Nammathao

DATE & LIEUX :

- 1 soirée fin mai ou juin (cliquer sur le lien doodle ci-dessous pour valider vos disponibilités)
- Hotel Stim'Otel – Salle Arlequin
105 Boulevard du Président
Carnot, 47000 Agen

PROGRAMME :

- 19h30-20h: accueil des participants
- 20h-21h30: table ronde d'environ 10 médecins généralistes: échange autour de la campagne «Moi(s) sans tabac » 2016
Animateur: Dr N. Nammathao
Médecins ayant déjà confirmé leur participation à l'une des deux soirées: B. Lefort, E. Loubet, E. Lemoine, M-A Jarry
- 21h30: buffet dînatoire offert



en partenariat avec



Pour indiquer vos disponibilités afin de déterminer la date de la soirée merci de cliquer sur ce lien :
<https://beta.doodle.com/poll/htehu5fgv85e5im9>

N'hésitez pas à en parler à vos collègues et amis médecins généralistes du 47 en leur transférant le mail.
Merci d'avance.
Dans l'espoir de vous rencontrer prochainement.

Estelle DIMEGLIO – Médecin généraliste remplaçante dans l'Agenais

Annexe 4 : Quel est votre profil ?

Les données recueillies sont anonymes et seront utilisées à des fins statistiques pour analyser le profil des participants à cette étude.

Numéro attribué :

➤ Qui êtes-vous ?

un homme une femme

fumeur non-fumeur

Votre tranche d'âge ? 30-39ans 40-49ans 50-59ans 60-69ans

➤ Quel MG êtes-vous ?

- Exercice :
 - exclusivement en libéral activité mixte : précisez quelle activité salariée
- Concernant votre activité libérale vous êtes :
 - installé collaborateur remplaçant
- Vous travaillez dans :
 - un cabinet individuel un cabinet de groupe une MSP
- Maître de stage universitaire :
 - oui non
- Distance du centre hospitalier le plus proche :
 - <10km 10-20km >20km
- Vous arrive-t-il de proposer une aide au sevrage tabagique en cabinet ?
 - oui non
 - Si oui :
 - Vous arrive-t-il de vous occuper vous-même du suivi ?
 - oui non
 - Vous arrive-t-il d'adresser à un spécialiste ?
 - oui non
- Avez-vous participé à une FMC sur le sevrage tabagique :
 - oui non

Merci de votre participation.

Annexe 5 : Le guide d'entretien

Introduction des focus groups

Nous sommes réunis pour un entretien collectif dans le cadre d'un focus group.

Le focus group est une méthode **d'enquête qualitative** utilisée pour collecter des représentations, des valeurs, des attitudes, des croyances concernant un sujet ou une problématique précise.

Ce jour, je vous propose d'échanger à propos de la campagne "#MoisSansTabac" 2016 **durant 1h30**.

Le débat va se dérouler **en 4 parties**.

On échangera dans un premier temps sur votre vécu de la campagne #MoisSansTabac 2016 puis sur votre vécu de ce type de méthode ayant recours au marketing social. Dans un 3eme temps nous parlerons de vos idées et propositions pour améliorer la campagne 2017. Pour finir, je vous présenterai succinctement le bilan de #MoisSansTabac en Lot-et-Garonne et en Nouvelle-Aquitaine.

Concernant le **déroulement** du focus group, en tant **qu'animateur** Jean-Baptiste vous posera successivement des questions ouvertes puis vous laissera la parole. Chacun doit pouvoir s'exprimer librement à tour de rôle sans se couper la parole. Lors d'une question ouverte, il se peut qu'un **nouveau thème** soit abordé avant la fin du tour de table. Pour une meilleure lecture du débat, nous finirons dans un premier temps le tour de table puis reparlerons du nouveau thème par la suite. En tant **qu'observatrice**, je n'interviendrai pas au cours du débat (3 premiers temps) sauf à la fin en cas d'interventions à préciser.

Notre focus group va être **enregistré** si vous êtes tous d'accord afin d'en faciliter la retranscription. Chacun d'entre vous est identifié par un **numéro** afin de garantir **l'anonymat**.

A distance, je ferai parvenir à ce qui le souhaite un compte rendu du focus group.

Nous allons commencer...

Questions ouvertes

1/ Quel est votre vécu de #MoisSansTabac ?

- Comment en avez-vous entendu parler ?
- Quelles craintes avez-vous à l'égard de la campagne #MoisSansTabac ?
- Comment les MG ont-ils été impliqués dans la campagne ?
- Comment avez-vous communiqué sur la campagne #MoisSansTabac ?
- Quel impact la campagne a-t-elle eu sur vos patients ? Quel rôle avez-vous joué pour ces patients (prescription de plus substitut nicotinique dans le cadre des 150€ PEC par la sécu ?) Qui les a accompagnés et comment ?

2/ Le marketing social est « l'utilisation de techniques de marketing commercial afin de promouvoir l'adoption d'un comportement qui améliorera la santé ou le bien-être du public cible ou de la société en général. Selon vous quelle place a le marketing social en France ? En médecine générale ?

- L'une des phrases marketing de la campagne est : "en Novembre on arrête ensemble" diffusée via Facebook, radio, télévision, affiche, flyers... Ceci dans le but de créer un "déclat" auprès des fumeurs qui désire arrêter le tabac. Qu'en pensez-vous ? Qui est « ensemble » ?
- Que pensez-vous de l'idée de lancer un défi collectif pour inciter les gens à arrêter de fumer ? Que pensez-vous de la durée du défi ?
- Quel est la place du MG face au marketing social ?
- Que pensez-vous de l'utilisation d'outils marketing en médecine générale pour vous aider à prendre en charge votre patient ayant une addiction au tabac ?

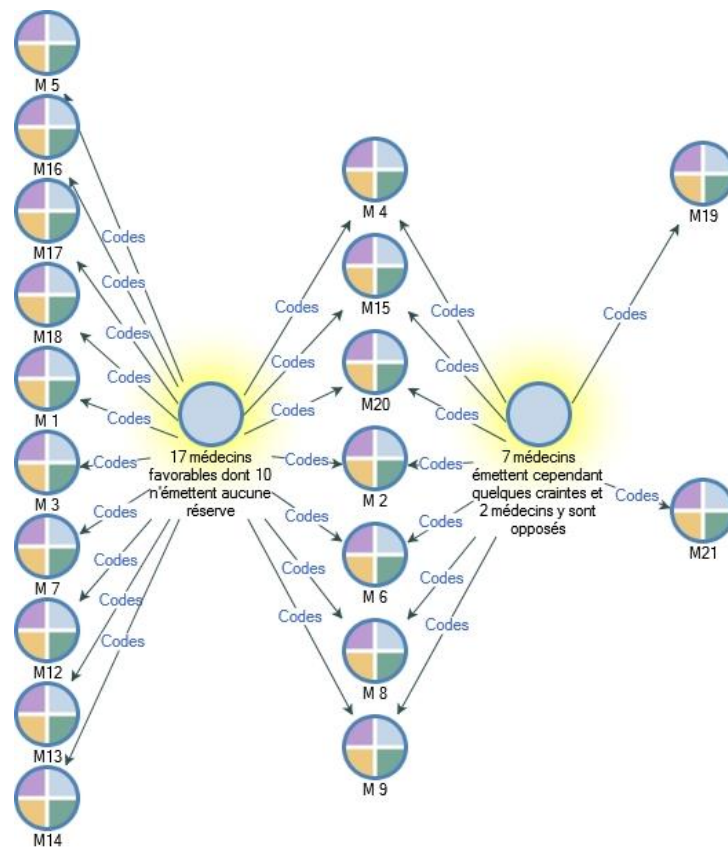
3/ Quelles sont vos propositions pour une meilleure implication des MG dans le 47 ?

- Comment voyez-vous la communication / la promotion de cette campagne auprès des professionnels de santé ?
 - o Quand la commencer ?
 - o A quels moyens de communication peuvent-être sensibles les MG ?
 - Intérêt de la visite d'un délégué prévention AGIR 33 ?
 - Intérêt d'envoi systématique d'affiches, flyers... ?
- D'après l'étude de la campagne à succès Stoptober sur laquelle s'est calquée la campagne #MoisSansTabac, le principal objectif afin d'augmenter le nombre de personne ayant arrêté de fumer suite à la campagne serait d'augmenter le nombre d'inscrit au défi. Comment motiver vos patients à s'inscrire au défi ? Comment définiriez-vous votre rôle pendant la campagne et après ?
- Comment accompagner vos patients ?
 - o Intérêt et faisabilité de consultations dédiées pendant #MoisSansTabac ? toute l'année ?
 - o Avec qui travailler en réseaux ?

4/ Estelle : Présentation de #MoisSansTabac aux participants : pourquoi, comment et objectifs

- Statistiques tabac en France, Australie, Angleterre et équivalent de campagne #MoisSansTabac (Stoptober = modèle anglais)
 - o Pourquoi 1mois
- Info #MoisSansTabac
 - o Défi collectif
 - o Médiatisation
 - o Appel à projets
 - o Présentation du kit
- Info comment recevoir kit pour patient et médecin
- Premiers chiffre #MoisSansTabac
 - o 180000 inscrits
 - o 620 000 kits distribués
 - o Augmentation utilisation application et site
 - o Nombres de projets en Nouvelle-Aquitaine
 - o Attente chiffres janvier 18
 - o Les MG ne se sont pas impliqués
- Présentations d'outils / sites :
 - o Tabac-info-services (patient et pro) ; site et applications
 - o Addictoclic.com
 - o Addictutos.com
- Ce qu'attendent les communicants des MG concernant la campagne #MoisSansTabac
 - o Communication via affiche / pins ...
 - o Promouvoir l'inscription au défi
 - o Conseil minimal
 - o Accompagner et/ou orienter

Annexe 6 : vision du défi collectif - diagramme comparatif entre les médecins favorables et ceux qui émettent des craintes



Annexe 7 : Modèle des changements de comportements de Prochaska et Di Clemente



Références: HAS, 2014 ; Prochaska et coll., 1992 ; Prochaska et coll., 1997.

Le questionnaire D.E.T.A.

D (Pour C) : avez-vous déjà eu besoin de Diminuer votre consommation d'alcool (...Cut down your drinking),
E (Pour A) : votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool (have people Annoyed you ...),
T (Pour G) : avez-vous l'impression que vous buvez Trop (...Guilty about your drinking),
A (Pour E) : avez-vous le besoin d'Alcool le matin pour vous sentir en forme (Eye opener).

A partir de 2 réponses positives : consommation "à risque" (abus et/ou dépendance)

Annexe 9 : synthèse des résultats

I. OPINIONS DE MEDECINS GENERALISTES SUR #MOISSANSTABAC

A. CONCERNANT LA COMMUNICATION

- ❖ *Campagne passée inaperçue*
 - **Médecins non ou mal informés**
 - **Information non reçue**
 - Information reçue mais souvent de qualité médiocre flou, déformée ou a posteriori
 - **Absence d'information sur le contenu du kit**
 - **Les médecins généralistes se déclarent peu réceptifs à ce type de communication**
 - **Noyés parmi d'autres sollicitations**
 - **Manque de temps**
 - **Travail individuel complexe, fatigant avec prise de recul difficile**
 - **Lassitude du médecin généraliste face aux addictions**
 - **Trop de rôles assignés aux médecins généralistes**
 - **Pas percutante, pas optimisée**
- ❖ *Médecin généraliste spectateur non acteur de la campagne*
 - **Impression de ne pas avoir été la cible de la campagne**
 - **Fonctionnement individuel et non collectif de la médecine générale laissant peu de place à la médecine préventive**
 - **Pas d'outil à distribuer**
 - **Campagne nationale imposée et subie**
- ❖ *Une campagne intéressante et bien intentionnée pour lutter contre le tabac pour 14 médecins*

B. PRINCIPE DU DEFI COLLECTIF, POSITIF POUR 17 DES 22 MEDECINS

- ❖ *Opinions positives sur le principe du défi collectif dans la communication sur la campagne #MoisSansTabac*
 - **Renforce la motivation**
 - **Déclic possible pour une large cible de fumeurs ayant l'envi d'arrêter de fumer**
 - **Recrée du collectif et du festif dans la société**
- ❖ *Craintes des médecins vis-à-vis de ce défi collectif*
 - **Sevrage tabagique, une démarche individuelle nécessitant une motivation initiale intrinsèque**
 - **Culpabilisant, phénomène d'exclusion**

C. CRAINTES CONCERNANT #MOISSANSTABAC

- ❖ *Inefficacité voir contre-productif si renforcement de blocage*
 - **Inefficacité au long court**
 - **Obstacles liés à la mentalité française et singularité Lot-et-Garonnaise**
- ❖ *Economiques*
 - **Dépenses inutiles ?**
 - **A l'initiative des pouvoirs publics avec partenaires flous**
- ❖ *Absence d'évaluation fiable*

II. IMPACT DE #MOISSANSTABAC ET ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

A. IMPACT DE LA COMMUNICATION

- ❖ *Connaissance acquise de la campagne via les canaux de vulgarisation pour 11 des 22 médecins*
- ❖ *5 médecins informés de par leur activité annexe ou via d'autres professionnels de santé impliqués*
- ❖ *Patients concernés plus informés que les médecins*

B. IMPACT DE #MOISSANSTABAC SUR L'ACTIVITE DES MEDECINS GENERALISTES

- ❖ *Aucun impact de la campagne #MoisSansTabac sur la relation médecin-patient et la prise en charge du sevrage pour 16 des 22 médecins*
 - *Aucune ou minime implication des médecins généralistes*
 - Les médecins informés par les médias ou un patient ne se sont pas impliqués dans la campagne
 - Les médecins informés à titre professionnel ont peu communiqué sur la campagne
 - *Les patients n'ont pas ou peu évoqué #MoisSansTabac avec leur médecin généraliste*
- ❖ *La campagne #MoisSansTabac a permis de relancer le sujet du sevrage tabagique*
 - *#MoisSansTabac a été utilisé par 6 des 22 médecins*
 - *Augmentation du thème tabac au cours des consultations à l'initiative du patient pour 9 médecins*
- ❖ *Travail d'équipe avec l'infirmière Asalée poursuivi voir renforcé malgré des projets avortés*
- ❖ *Recherche du lien a posteriori entre #MoisSansTabac et sevrage tabagique durant la campagne*
 - *Augmentation du thème tabac durant le #MoisSansTabac pas lié à une demande de prise en charge sauf pour 1 médecin*
 - *Biais lié à la période : augmentation concomitante du forfait à 150€ et période plus propice aux infections broncho-pulmonaires*
 - *Biais car vagues souvenirs à posteriori*

C. ROLE DES MEDECINS GENERALISTES A TITRE INDIVIDUEL DURANT LE #MOISSANSTABAC

- ❖ *Le même que tout le reste de l'année face au tabac*
 - *Déjà pleins d'outils à disposition dont le conseil minimal et l'entretien motivationnel*
 - Des outils utilisés par la plupart des médecins
 - Une connaissance parfois approximative avec confusion d'outils
 - Des outils non utilisés pour certains malgré leur « engagement »
 - *En s'adaptant à chaque patient et en le gratifiant*
- ❖ *Un rôle limité du médecin généraliste dans le sevrage du tabac*
 - *Les patients gèrent seul leur consommation et leur arrêt car :*
 - Ils se sont approprié des outils
 - Raisons financières car traitements non remboursés, avance de frais...
 - *Problème de connaissances et de compétences avancé par 7 médecins*
 - *3 médecins pas intéressés, pas prêts à relayer la campagne*
- ❖ *Implication possible des médecins au sein d'une consultation centrée sur le patient et en rebondissant sur le sevrage tabagique*

III. VECU DU MARKETING SOCIAL

A. RAISONS D'UN VECU NEGATIF

- ❖ *A l'initiative des pouvoirs publics seuls donc imposé aux médecins*
- ❖ *Un frein dans la relation de confiance médecin-patient si désaccord ou méconnaissance*
- ❖ *Campagnes ne faisant pas appel à l'intelligence*
- ❖ *Trop de campagnes*
- ❖ *Ephémère*
- ❖ *Vécu fonction de l'investigateur, de l'influence des lobbies, du message et du médecin*

B. RAISONS D'UN VECU POSITIF

- ❖ *Un marketing social pouvant être efficace et percutant : une aide, un bonus*
- ❖ *Une arme efficace à l'échelle commerciale qui pourrait être une force pour la santé publique*

C. QUELS ROLES SE DONNENT LES MEDECINS VIS-A-VIS DU MARKETING SOCIAL ?

- ❖ *Rester critique et s'informer : pas si simple*
 - *Pas formé au marketing ni à la prévention santé publique*
 - *Difficulté d'avoir un avis tranché si mal informé ou si informations discordantes*

- ❖ *Rôle de décrypteur auprès des patients*
 - Fatigant, chronophage et difficile d'accès pour certains patients
 - Messages devant être développés et adaptés aux patients par des professionnels de santé
- ❖ *Le rôle est-il de rester passif en cautionnant tout d'emblée ?*
- ❖ *Rôle de ne pas critiquer ouvertement ou rôle de dissident auprès des patients ?*

D. CONFUSION ENTRE MARKETING SOCIAL ET COMMERCIAL

IV. IDEES D'AMELIORATION DE LA CAMPAGNE

A. AMELIORER L'IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES

- ❖ *Privilégier les projets locaux émanant des acteurs de terrain*
 - Privilégier le travail d'équipe (MSP, Asalée, groupes de parole)
 - Valoriser la prise en charge
 - Financement du temps dédié par les professionnels de santé
 - Financement du projet en lui-même via des appels à projets
 - Redonner la parole aux acteurs de terrain dès la construction d'une campagne
- ❖ *Faciliter la promotion de la santé autour du sevrage tabagique via l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique par des actions de proximité notamment durant #MoisSansTabac*
- ❖ *Faciliter l'accès aux outils de #MoisSansTabac*
 - Envoi systématique d'au moins un kit
 - Envoi systématique d'une affiche et de flyers
- ❖ *Améliorer le réseau et sa connaissance*
- ❖ *Favoriser le recours aux traitements utilisés dans le sevrage*
 - Remboursement des substituts nicotiniques
 - Mieux informer les médecins sur les traitements disponibles

B. AMELIORER LA COMMUNICATION DE LA CAMPAGNE ENVERS LES PROFESSIONNELS DE SANTE

- ❖ *Multiplier les outils d'information*
 - En direct via formation groupée ou délégué de prévention
 - Courrier ET mail interpellant (mise en page soignée, interlocuteur connu)
- ❖ *Informers tous les médecins généralistes*
 - A l'avance
 - En sollicitant principalement les médecins formés
- ❖ *Focaliser les objectifs de prévention et de dépistage*

C. AMELIORER LA COMMUNICATION ENVERS LES CITOYENS

- ❖ *Améliorer et multiplier les outils d'information*
 - Spots, slogans et affiches à revoir
 - Multiplier les outils d'information (médiats, affiches, oriflammes, réseaux sociaux, influenceurs, application, courrier...)
- ❖ *Rendre la campagne plus festive*
 - Organisation d'événements festifs
 - Système de récompense (application ludique, incitation financière)
- ❖ *Mieux définir la population cible*
 - Restreindre la cible
 - Intégrer les non-fumeurs
- ❖ *Simplifier et systématiser l'inscription au défi avec création d'une liste de diffusion*
 - Envoi d'un courrier, mail à la cible de façon systématisée
 - Meilleure évaluation de la campagne si inscription systématisée

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Campagne #MoisSansTabac 2016, le marketing social auprès des médecins généralistes.

Enquête qualitative par focus groups auprès de médecins généralistes du Lot-et-Garonne.

Introduction : Les médecins généralistes se sont peu impliqués dans la campagne #MoisSansTabac 2016. L'objectif de l'étude est de recueillir les opinions et les pratiques des médecins généralistes du Lot-et-Garonne vis-à-vis #MoisSansTabac 2016. L'analyse tentera de faire émerger les propositions d'amélioration des campagnes à venir.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par focus groups semi-dirigés.

Résultats : La saturation de données a été obtenue lors du 3^{ème} focus group. Les médecins trouvent la campagne intéressante bien qu'elle soit, d'après eux, passée inaperçue. Les médecins ne se sont pas impliqués et ce pour des raisons propres à la campagne (communication insuffisante ou inadaptée) et du fait de dysfonctionnements dans notre système de santé (manque de temps, manque de formation et peu de demande de sevrage). Pour améliorer leur implication, ils proposent de multiplier les moyens de communication, de faciliter l'accès aux outils, de se focaliser chaque année sur une cible différente, de multiplier les actions ludiques et d'encourager l'inscription au défi par la mise en place d'un système de récompense type jeu-concours et la mise en place d'un procédé simple et rapide permettant l'inscription systématique des participants consultant un professionnel de santé. Ils demandent que les acteurs de terrains soient concertés dès la construction d'une campagne et de les encourager à développer des projets locaux. Ils méconnaissent le marketing social mais n'y sont pas opposés.

Conclusion : #MoisSansTabac n'a pas clairement identifié les médecins généralistes comme partenaires. Afin d'encourager à la prise en charge du sevrage tabagique, les politiques de santé doivent poursuivre la restructuration de notre système de santé afin de créer des conditions plus favorables à l'exercice de la médecine préventive tout en informant que le médecin généraliste est l'interlocuteur principal. Le marketing social y a toute sa place et sera un outil incontournable.

MOTS CLES : #MoisSansTabac, Moi(s) sans tabac, marketing social, tentative d'arrêt du tabac, défi collectif, campagne de prévention, Lot-et-Garonne, Nouvelle-Aquitaine.

DISCIPLINE : MEDECINE GENERALE

UFR des Sciences Médicales, Université de Bordeaux. 146 rue Léo Saignat. 33076 BORDEAUX.