



HAL
open science

Perceptions des fumeur×ses sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal : enquête qualitative auprès des fumeur×ses au stade d'intention et préparation

Alice Bonnay-Hamon, Philippine Brousse

► To cite this version:

Alice Bonnay-Hamon, Philippine Brousse. Perceptions des fumeur×ses sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal : enquête qualitative auprès des fumeur×ses au stade d'intention et préparation. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02498610

HAL Id: dumas-02498610

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02498610v1>

Submitted on 4 Mar 2020

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 MÉDICALES

Année 2019

Thèse n° 148a et 148b

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 24 octobre 2019

Par BONNAY--HAMON Alice et BROUSSE Philippine

Née le 24.12.1991 à Dinard (35) et née le 04.02.1992 à Mont-Saint-Aignan (76)

**Perceptions des fumeur·ses sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac
idéal : Enquête qualitative auprès des fumeur·ses au stade d'intention
et préparation.**

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Jury

Madame le Professeur Chantal RAHERISON SEMJEN	Président du jury
Monsieur le Professeur François ALLA	Juge
Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ	Rapporteur
Monsieur le Professeur François PETREGNE	Juge

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeure Chantal RAHERISON-SEMJEN, présidente du jury. Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur François ALLA. Vous avez accepté de participer à notre jury de thèse. Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger notre travail. Permettez-nous de vous témoigner notre reconnaissance et notre gratitude.

A Monsieur le Professeur François PETREGNE. Soyez assuré de notre profond respect et de notre gratitude pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, directeur de thèse. Nous voulions vous remercier de nous avoir épaulées tout au long de ce travail. Merci de votre disponibilité et vos conseils.

Merci à toute l'équipe d'AGIR 33 Aquitaine.

Merci au Professeure Karine Gallopel Morvan de nous avoir initié au marketing social. Vos conseils nous ont accompagnés tout au long de ce travail.

Merci à l'Assurance Maladie et aux professionnel·les du CES de Bègles, ainsi qu'à nos Maîtres de Stage Universitaires pour nous avoir permis le recrutement dans les meilleures conditions.

Merci à tou·tes les participant·es de cette étude.

REMERCIEMENTS INDIVIDUELS

A mes proches,

A mes parents, merci de m'avoir soutenue toutes ces années, merci à toi, Papa, de m'avoir donné goût à ce merveilleux métier et merci à toi, Maman, de m'avoir encouragé à persévérer dans cette voie et de n'avoir rien lâché. Merci d'avoir cru en moi et de continuer à m'entourer et m'encourager. Merci pour tout ce que vous m'apportez.

A mes frères, à ma marraine, à mes oncles, tantes, merci d'avoir toujours été présents dans ma vie, merci de votre soutien et de votre affection.

A tou·tes mes ami·es,

A la team "Vacances" bien sûr, Aurèle, Hortense, Guigus, Gontran, Lauren, Audrène, Doudou, Patou, Alex, Hélène, Caro, Arthur, Charlotte, Berengère, Valent, Capu, Ségo, Alexis, Clémence, Marie, Mezou, Cédric, Marina... merci pour toutes ces années d'amitié, de bonheur, de fou-rires, de soirées, de vacances, mais aussi à tous les moments difficiles qui nous ont fait grandir ensemble.

A Léa, Ophélie, Romane, que j'ai eu la chance de rencontrer en 1er semestre à Agen et avec qui l'internat a pris une tout autre tournure.

A Alexia, Martin, Romain, Eztitzu pour cette collocation magique à Bergerac et pour tous les beaux moments que nous continuons de partager ensemble.

A toutes les personnes rencontrées lors de l'internat Bordelais qui ont permis que ces années passent si vite. Paul, Ines, Andy, Typhaine, Léna, Eliette, Emmanuelle, Flo, Thibault, Olivier, Claire.

A Morgane, pour ton amitié et ton soutien indéfectible depuis maintenant 13 ans.

A Antoine, merci pour ton aide précieuse sur cette thèse et aussi pour tous les beaux moments passés ensemble et pour tous ceux à venir..

A Philippine, merci d'avoir partagé cette thèse avec moi et de m'avoir épaulé et encouragé à ne pas lâcher. Merci pour ta patience, merci pour tous ces moments de fou-rires mais aussi de désespoir ou tu as su être une partenaire en or. Surtout, ne changes rien et bon vent à Paris avec Loulou.

A tou·tes mes maîtres de stages et notamment au Dr Coffin-Boutreux, au Dr Vivier et au Dr Pons.

A ma famille : Mum, Dadine, Dom, Paul, Jo, Marin, Pop. Vous m'accompagnez depuis tant d'années. Vous avez toujours su me réconforter en me répétant cette phrase si célèbre : « You are the captain of your life ». Merci pour cet énorme travail de relecture et d'accompagnement ces derniers mois.

A mon grand-père et à ma grand-mère qui ont toujours été fières d'avoir une petite-fille en médecine.

A Louis, mon loulouc pour ces trois belles années à tes côtés. Tu as su me soutenir, m'aider et m'accompagner tout au long de ce travail de thèse. Ta patience a été hors-pair. Cette distance ne sera bientôt plus qu'un souvenir lointain. A nous Paris !!

A mes amies fidèles du lycée : Euge, Agathe, Armoule, Masson, Steph et à mes ami-es de la fac de Rouen : Marco, Agathe, Jo, Chachou, Lolo, Sarace, Louise, Alexandra, Aude, Voirin, Pich, Guiz, Schneid, Tom, Benich, Pab, Ré, Mamar, Payou, Saas. On se connaît depuis la P2, on a grandi ensemble à travers toutes ces années de médecine. On se retrouve chaque année autour de deux semaines de vacances.

A mes ami-es de Bordeaux, rencontrés pour la plupart à l'internat de Périgueux : Léna, Andy, Paul, Inès, Tiphaine, Dom, Pierre, Nico, Ophé, Romane, Alice, Lélé, Adèle, Olivier, Thibault et Flo.

A ces innombrables et inoubliables colocs : à Dax avec Célia, Margaux, Mathilde, Thibault, Thomas, Steph, à Lespi avec Ezti, Romain, Hugues, Martin, Alice, Lélé et aux Chartrons avec Léna, Ophé, Lélé, Alice, Romane, Alexia, Romane.

A tou-tes mes maîtres de stages et notamment au Dr Fabre, au Dr Fach, au Dr Baullard, au Dr Perelle, au Dr Carré, au Dr Cadet et au Dr Allaire-Sauquet.

A toi Alice de m'avoir accompagnée dans ce projet de thèse. Nous avons eu l'ambition de réaliser ce travail en peu de temps. Grâce à notre rigueur et à notre détermination nous avons réussi le défi. Je suis fière de toi et de nous.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
REMERCIEMENTS INDIVIDUELS	3
TABLE DES MATIÈRES	5
LISTE DES ABREVIATIONS	6
PRÉAMBULE	7
1- INTRODUCTION	8
2- CONTEXTE	10
2.1- Quelques définitions	10
2.2- Politiques mises en place pour lutter contre le tabagisme	10
2.3- Stratégies de marketing social pour encourager l'arrêt du tabac	12
2.4- Aides disponibles pour accompagner l'arrêt du tabac	13
2.5- Le projet « L.A.S.T »	17
2.6- Question de recherche et objectifs	18
3- MATÉRIEL ET MÉTHODE	19
3.1- Recherche bibliographique	19
3.2- Choix de la méthode	19
3.3- Population étudiée	19
3.4- Plan de l'étude	22
4- RÉSULTATS	27
4.1- Caractéristiques des entretiens	27
4.2- Caractéristiques des patient-es	28
4.3- Ressenti des fumeur·ses sur le sevrage	35
4.4- Perception par les fumeur·ses des actions mises en place par le gouvernement	40
4.5- Représentations et perceptions des aides identifiées	47
4.6- La place du·de la professionnel·le de santé	56
4.7. Leur programme « idéal » d'aide à l'arrêt	65
5- DISCUSSION	73
5.1- Les limites de l'étude	73
5.2- Les forces de l'étude	74
5.3- Interprétation des résultats	77
6- PERSPECTIVES	87
7- CONCLUSION	89
8- BIBLIOGRAPHIE	90
9- ANNEXES	94
9.1- Questionnaire de recrutement	94
9.2- Fiche d'information de l'étude	95
9.3- Guide d'entretien	96
9.4- Déclaration CNIL	100
9.5- Feuille participation à l'étude et réception du bon d'achat 20 euros	101
10- SERMENT D'HIPPOCRATE	102
11- RÉSUMÉ	103

LISTE DES ABREVIATIONS

AGIR 33 Aquitaine : Réseau Addiction Gironde

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREADD-NA : COordination Régionale ADDictions Nouvelle-Aquitain

COREQ : COnsolidate criteria for REporting Qualitive research

DRESS : Direction de la Recherche des Études de l'Evaluation et des Statistiques

FDA : Food and Drug Administration

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

L.A.S.T : Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

PNLT : Plan National de Lutte contre le Tabac

PNRT : Plan National de Réduction du Tabagisme

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

TIS : Tabac Info Service

TNS : Traitements Substitutifs Nicotiniques

PRÉAMBULE

Pour une plus grande rigueur de la qualité de cette étude, nous avons choisi de la réaliser à deux, et ce préambule a pour objet de préciser le déroulé et nos implications respectives.

Première partie : entretiens et analyse

Nous avons participé à deux journées de formation sur le marketing social, centrées sur le projet L.A.S.T. (Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac)

Ces formations ont été animées par la Professeure Karine Gallopel Morvan (Professeure à la Haute Ecole de Santé Publique de Rennes). Nous détaillons un peu plus loin dans la thèse, l'objectif de ces journées de formation.

Par la suite, nous avons réalisé chacune les entretiens semi-dirigés. Neuf ont été réalisés par Philippine BROUSSE et dix par Alice BONNAY-HAMON.

En complément, des résumés de ces entretiens ont été réalisés sur Powerpoint par Philippine BROUSSE et la chargée de mission du projet L.A.S.T de l'association AGIR 33 Aquitaine, Audrey GONNEAU. Ces résumés reprennent les quatre parties du guide d'entretien. Dans chaque partie, nous faisons ressortir les idées principales et les verbatims les plus représentatifs.

Concernant l'analyse des données, nous avons toutes les deux codé tous les entretiens un à un. A la fin de chaque entretien codé, nous mettons en commun pour ajuster l'analyse. Nous avons réalisé un double codage.

Deuxième partie : écriture de la thèse

Concernant l'élaboration et l'écriture de la thèse, nous nous sommes réparties le travail. Philippine BROUSSE a rédigé l'introduction et le contexte et Alice BONNAY-HAMON la partie matériel et méthode.

Nous avons chacune effectuées une relecture de la partie écrite par l'autre chercheuse.

Pour les résultats, la discussion et la conclusion, nous avons rédigé ensemble.

Nous avons choisi d'utiliser l'écriture inclusive pour la rédaction de notre thèse puisque celle-ci nous permet de représenter équitablement les deux sexes et malgré les difficultés de lecture inhérentes à cet exercice (1).

1- INTRODUCTION

On observe actuellement en France une tendance à la diminution de la consommation de tabac. Les dernières données du baromètre annuel de santé publique de 2018 objectivent une baisse considérable de 1,6 millions de fumeur·ses, en moins de deux ans, soit une baisse de 12 %. La prévalence du tabagisme quotidien, tous sexes confondus, passe ainsi de 29 % en 2016 pour 25,4 % en 2018 (2).

Il s'agit d'une excellente nouvelle puisque le tabac est responsable de 75 000 morts par an en 2015 (2). C'est le premier facteur de morbi-mortalité évitable. Malgré ces chiffres favorables, la France reste l'un des pays les plus consommateurs de tabac, comparativement aux autres pays européens de niveau socio-économique comparable (2).

L'objectif du PNRT 2014-2019 (Plan National de Réduction du Tabagisme) est de passer en dessous de 20 % de fumeurs quotidiens d'ici 2024 (3).

Cette baisse actuelle du nombre de fumeur·ses est attribuée à un travail de longue haleine depuis les années 70, notamment « la loi Veil de 1976 » (4). Puis diverses mesures se sont succédées : hausse du prix du tabac ; interdiction de fumer dans les lieux publics ; instauration du paquet neutre avec des avertissements sanitaires marquants et slogan « Fumer tue » ; intégration de nouveaux prescripteurs de substituts nicotiques et remboursement des substituts nicotiques dans le droit commun, notamment. L'arrivée de la cigarette électronique a également favorisé cet élan positif.

Des « Plans » accompagnent ces mesures : le Plan cancer, le Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT), le Plan National de Lutte contre le Tabac (PNLT), avec des objectifs visant à diminuer l'accessibilité et l'attrait pour le tabagisme (4).

Depuis 2016, le #MoisSansTabac est venu renforcer la dynamique. Il s'agit d'une stratégie de marketing social invitant les fumeur·ses à arrêter leur consommation de tabac au mois de Novembre. Cette campagne est inspirée de Stoptober existant depuis 2012 en Grande-Bretagne. Cela a été également mis en place en Nouvelle-Zélande et au Pays-Bas (5).

Il s'agit d'un élan collectif visant à sensibiliser de nombreux·ses fumeur·ses sur les bénéfices de l'arrêt du tabac et à encourager les personnes motivées à arrêter le tabac sur une période d'un mois. L'objectif est d'accompagner les fumeur·ses dans le sevrage via de nombreuses interfaces : application et site web tabac-info-service, le 3989, les réseaux sociaux. Ils proposent également un accompagnement par des professionnel·les de santé (6).

L'HAS (la Haute Autorité de Santé) recommande à tou·tes les professionnel·les de santé en contact avec la population de s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac, notamment les médecins généralistes, professionnel·les consulté·es en premier recours.

Il a été démontré qu'un conseil minimal d'arrêt réalisé par un·e professionnel·le de santé augmente de 50 % la probabilité d'un sevrage tabagique et l'abstinence sur le long terme (> 6 mois) (7).

Une étude qualitative Australienne, a étudié les attitudes des fumeur·ses vis-à-vis du sevrage (qu'il soit assisté ou non) et les facteurs qu'elles et ils prennent en compte pour se sevrer. La grande majorité des fumeur·ses souhaitent arrêter seul·es par la force de la volonté et de la motivation. De plus, des opinions négatives sur les aides pharmacologiques ont été exprimées (8).

Il semble donc qu'il y ait des éléments de complexité, les moyens proposés comme efficaces selon les données de la science, n'étant pas toujours en cohérence avec les représentations et les stratégies des fumeur·ses. En marketing social, il est indispensable de connaître ces éléments afin de développer les messages et d'utiliser les médias les mieux adaptés pour les objectifs poursuivis.

Cette étude a pour but d'identifier les leviers mobilisables chez les fumeur·ses au quotidien pour favoriser leur demande d'aide pour le sevrage tabagique auprès des professionnel·les de santé de proximité.

2- CONTEXTE

2.1- Quelques définitions

Il est très important d'essayer de comprendre les enjeux de l'addiction en général et au tabac en particulier, pour mieux comprendre les représentations et le vécu que peuvent en avoir les fumeur-ses. Pour cela nous allons reprendre quelques définitions en nous centrant sur le tabac comme objet.

✓ Le trouble de l'usage

En addictologie, l'usage correspond à la « consommation » de sources ou d'objets de gratification. Il peut s'agir de substances comme le tabac ou de comportements comme le jeu. Ces objets sont sources de plaisir et d'effets renforçants, ce qui expose à un trouble de l'usage ou addiction (9).

✓ L'addiction

Elle est définie comme un trouble de l'usage dans le DSM-5 (10) et correspond au syndrome de dépendance dans le CIM-10 (11). L'addiction se définit donc comme la perte du contrôle de l'usage des sources de gratification, ici le tabac, ce qui est bien différent de l'usage (12). Le symptôme caractéristique en est le craving et un signe, la rechute (12).

✓ Le craving

Il est défini en addictologie par l'envie intense, irréprouvable d'effectuer le comportement gratifiant, ici de fumer du tabac, alors que la personne ne veut pas. Le craving est extrêmement fluctuant et subjectif et n'est pas le sevrage. De nombreux facteurs environnementaux l'influencent (12, 13). L'intensité du craving prédit l'usage, donc la rechute, dans les 4 heures (13, 14). Le craving est ainsi la cible fondamentale du traitement, ainsi que la prévention de la rechute.

2.2- Politiques mises en place pour lutter contre le tabagisme

2.2.1- Lois votées pour diminuer l'attrait du tabac

En 1976, la loi Veil est promulguée. C'est le premier grand texte qui met en avant les méfaits du tabac. Elle a pour objectif de restreindre les zones fumeurs et d'interdire la publicité sur le tabac. En 1991, est créée la loi Evin. Celle-ci est relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme. Elle a pour but de renforcer le dispositif législatif pour provoquer une diminution de la consommation de tabac. Elle instaure une hausse du prix du tabac. Cette loi interdit la publicité directe et indirecte et la promotion sur le tabac, la vente de tabac aux mineurs, ainsi que la consommation de tabac dans les espaces à

usage collectif. Puis, le décret du 15 novembre 2006 a modifié cette précédente loi en étendant l'interdiction de fumer dans les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, dans l'enceinte des écoles, collèges, lycées et à tous les lieux fermés et couverts accueillant du public. Toutes ces lois visent à la dé-normalisation du tabac (4).

De plus, le prix a un impact sur la consommation de tabac. En effet entre 1995 et 2005, la France a triplé le prix du paquet de cigarettes. Ceci a permis de réduire les ventes de tabac de plus de 50 % et de diminuer légèrement le nombre de décès des jeunes hommes causés par le cancer du poumon. La hausse du prix du paquet de cigarettes s'est récemment accélérée avec un objectif à 10 euros en 2020, ceci étant inscrit dans le PNLT 2018-2022 (15).

2.2.2- Une politique de santé publique affirmée dans des plans réussis

Il y a actuellement sur le territoire français 13 millions de fumeur·ses (2).

Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France (75000 morts/an) (2).

Les politiques gouvernementales ont établi plusieurs programmes contre cette « épidémie ».

Il a été décidé lors de la présentation du Plan Cancer 2014-2019 de créer le Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT). Celui-ci vise à réduire l'entrée des jeunes adultes dans le tabagisme et de réduire la consommation des fumeur·ses actuel·les en facilitant l'accès aux aides pour l'arrêt du tabac. Pour se faire, le paquet neutre est instauré et les avertissements sur les paquets sont agrandis pour rendre le paquet de cigarettes encore moins attractif.

L'accessibilité aux substituts nicotiques est facilitée par la mise en place d'un forfait de remboursement initialement de 50 euros par patient·e et par an en 2007, puis à 150 euros, pour atteindre un remboursement dans le droit commun en 2019, comme tous les médicaments remboursables.

Afin d'aider les fumeur·ses désirant arrêter leur consommation, il est déclaré que la·le médecin généraliste devra pleinement jouer son rôle dans la prévention et la sensibilisation (16).

En 2018, le Plan National de Lutte contre le Tabac (PNLT) prend la suite du Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT) en amplifiant les objectifs de lutte contre le tabac.

Notamment, il prévoit d'atteindre :

- ✓ Moins de 24% de fumeur·ses quotidien·nes âgé·es entre 18 et 75 ans d'ici 2020 et moins de 22 % d'ici 2022.
- ✓ Moins de 20% d'adolescent·es de moins de 17 ans fumant quotidiennement d'ici 2022.
- ✓ Moins de 17 % la part des fumeur·ses quotidien·nes âgé·es entre 18 et 75 ans en 2027.
- ✓ En 2032, que les enfants nés en 2014 soit la première génération non-fumeur (< 5 % de fumeur·ses) (15).

Pour atteindre ces objectifs, de nombreux·ses fumeur·ses seront à motiver et à accompagner.

2.3- Stratégies de marketing social pour encourager l'arrêt du tabac

2.3.1- Définition du marketing social

Le marketing social est né en 1971. Kotler et Zaltman le définissent comme « *l'application de techniques utilisées en marketing commercial pour analyser, planifier, exécuter et évaluer des programmes dont le but est la modification du comportement d'une cible d'individus, afin d'améliorer leur bien-être personnel et celui de la société* » (17). Le marketing social est très utilisé dans les pays anglo-saxons notamment avec les projets The Verb, Stoptober, Trust, Vaccine...

La stratégie de marketing social s'articule autour de cinq grandes étapes :

- ✓ La première étape consiste à comprendre le public par l'étude des comportements (via des études de terrain, des références bibliographiques...)
- ✓ La deuxième étape consiste à étudier la cible, car selon l'âge, le sexe, et la communauté, les points de vue peuvent varier.
- ✓ La troisième étape consiste en la mise en place d'objectifs réalistes pour faire adopter un nouveau comportement.
- ✓ La quatrième étape est la stratégie d'action qui reprend les fondements du marketing commercial (les 4P : Produit, Prix, Place, Promotion) en les adaptant au marketing social : les 5C. Proposer un **Comportement** à un public cible, pour un **Coût minimal** (coûts psychologiques, financiers et humains), avec une **Capacité d'accès** à ce comportement et une **campagne de Communication** pour le promouvoir. Il est nécessaire également de travailler avec des **Collaborateurs** pour diffuser le programme sur le terrain.
- ✓ La cinquième étape consiste à évaluer le programme en lien avec l'objectif (18).

Selon Gordon *et al*, la stratégie de marketing social est efficace pour modifier et faire évoluer les comportements, les croyances, notamment sur le tabac, l'alcool, et la nutrition (19).

2.3.2- Le #MoisSansTabac

Le #MoisSansTabac est la première campagne de marketing social en France, utilisée à la fois au niveau national et régional. Elle s'est inspirée du programme Stoptober en Grande-Bretagne qui avait permis dès la première édition en 2012, de générer plus de 50 % de tentatives d'arrêt (5).

Cette campagne invite tou·tes les fumeur·ses à arrêter de fumer pendant 28 jours. Au-delà de 28 jours d'arrêt, la·le fumeur·se a 5 fois plus de chances de poursuivre son abstinence à long terme, car la dépendance s'atténue au fur et à mesure.

Elle met en avant un élan collectif pour l'arrêt du tabac, sur le principe de la théorie de la contagion d'Einstein et Epstein (20).

Le #MoisSansTabac cible les fumeur·ses âgé·es de 20 à 49 ans, car cette tranche d'âge est celle où la prévalence du tabac est la plus forte, tous sexes confondus (21).

Afin d'aider les fumeur·ses dans le sevrage, des actions sont mises en place sur le terrain à un coût minimal : aides gratuites (application tabac-info-service, site Internet tabac-info-service, le kit, le 3989, le remboursement des substituts nicotiniques...).

De nombreux collaborateurs régionaux et 10 000 partenaires locaux ont été recrutés (22).

En 2018, il y a eu 241 691 inscrit·es (contre 157 000 en 2017 soit une progression de 54 %). Parmi les outils les plus utilisés, l'application tabac-info-service a été téléchargée 85 750 fois, le 3989 a été appelé 21 500 fois et les réseaux sociaux ont été suivis par 4 900 personnes (23).

Un important dispositif de communication a été déployé pour attirer tout type de public et inciter les fumeur·ses à participer au #MoisSansTabac (réalisation de films diffusés à la télévision et sur Internet, développement d'un partenariat avec la SNCF, émission télévisée avec un humoriste et une ancienne miss France diffusée sur TF1) (6). Le succès du #MoisSansTabac vient confirmer l'utilité du marketing social.

Ainsi sur le PNLT 2018-2022, la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, évoque pour l'action n°11 « *s'il faut poursuivre cette opération devenue un rendez-vous annuel, il est également nécessaire de disposer d'un dispositif plus global de marketing social qui puisse élargir la palette d'outils de communication..... Et poursuivre et amplifier #MoisSansTabac, en particulier, en déclinant des outils et des supports de communication à l'attention de profils de populations prioritaires (personnes en situation de vulnérabilité sociale, jeunes, personnes détenues...) ... Et développer un volet complémentaire d'outils de marketing social contre le tabac. Fournir aux ARS (Agence Régionale de Santé) et aux partenaires locaux des outils de marketing social dont ils puissent s'emparer en synergie avec les actions nationales. Poursuivre les travaux d'évaluation de #MoisSansTabac et d'autres outils de marketing social afin de les ajuster pour de meilleurs résultats* » (15).

2.4- Aides disponibles pour accompagner l'arrêt du tabac

La description rapide des principales aides disponibles montre l'importance de l'accompagnement par les professionnel·les de santé, avec l'augmentation des chances de réussite. Il s'agit de souligner un des enjeux du marketing social : mettre en lien la·le fumeur·se en phase d'arrêt et la·le professionnel·le.

2.4.1- Traitements 1er intention : Traitement Nicotiniques de Substitution (TNS)

Les substituts nicotiniques se déclinent sous plusieurs formes : les patchs, les gommes à mâcher, les comprimés à sucer, les sprays buccaux et les inhalateurs.

Selon l'HAS, les substituts nicotiques sont plus efficaces dans l'aide à l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo. Ils augmentent significativement l'abstinence à 6 mois. La combinaison de plusieurs formes de substituts nicotiques notamment le patch combiné à d'autres substituts avec des formes d'action rapide seraient plus efficaces qu'une forme unique de substitut (grade A) (7).

De plus, depuis 2016, la loi de modernisation de notre système de santé autorise de nouvelles et nouveaux professionnel·les de santé tels que les sages-femmes, les infirmier·es, les kinésithérapeutes, les médecins du travail et les chirurgiens-dentistes à prescrire des substituts nicotiques (24).

L'impact du remboursement sur l'utilisation des substituts nicotiques est fort puisque selon les données de OFDT de 2019 (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), la vente de traitements pour l'arrêt du tabac est en hausse de près de 35 % sur le premier trimestre de 2019 comparé à la même période en 2018. Les patchs sont particulièrement utilisés avec une augmentation des ventes de plus de 73 % relativement au premier trimestre de l'année 2018 (25).

2.4.2- Traitement de deuxième intention : varénicline / bupropion

Ces deux médicaments sont utilisés dans l'aide à l'arrêt du tabac en seconde intention, après échec des substituts nicotiques (7 ; 26).

De nombreuses études ont comparé l'efficacité de la varénicline versus TNS et bupropion dans l'aide à l'arrêt du tabac. EAGLES, la plus médiatisée, a montré que la varénicline est significativement supérieure au TNS, au bupropion et au placebo en terme d'efficacité sur l'abstinence (27).

Selon les données de l'OFDT, la varénicline a connu un succès important lors de sa commercialisation en 2007. Puis, sa consommation (en équivalent patient traité) a été divisée par 7 entre 2010 et 2015. Cependant, depuis qu'elle a été inscrite sur la liste des médicaments remboursables entre 2016 et 2018, son utilisation est en hausse (159 686 équivalents patients traités en 2018 versus 39 999 en 2016). Le bupropion, quant à lui, a été très populaire entre 2002 et 2006. Mais à l'heure actuelle, il ne représente que 0,3 % du marché (25).

2.4.3- Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC)

Ces thérapies nécessitent des thérapeutes formés. Ce sont des séances brèves, multiples, centrées sur une ou plusieurs comorbidités.

Elles permettent de traiter les dépendances et s'avèrent efficaces pour le tabac selon l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) avec un haut niveau de preuve.

Elles peuvent être utilisées en première intention. Une association avec des traitements substitutifs permet d'optimiser les chances de réussite. Les TCC pour le tabac permettraient de multiplier par deux l'abstinence à 6 mois. Elles sont également efficaces pour la prévention de la rechute (28).

2.4.4- Les autres aides thérapeutiques souvent utilisées

Les données sont discordantes pour l'hypnose (29) et l'acupuncture (30), quant à leur efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabac. L'HAS ne recommande pas ces aides en première intention, car leurs bénéfices dans l'arrêt du tabac ne sont pas établis. Cependant, il n'existe pas de risque majeur à utiliser ce genre de méthode. Le praticien doit donc être en mesure de comprendre l'effet placebo et conseiller au patient, en cas d'échec, de se tourner vers des aides ayant démontrées une efficacité (7).

2.4.5- Auto-support : application TIS, site Internet TIS, 3989

Le 3989, numéro TIS (Tabac-Info-Service) est apparu sur les paquets de cigarettes en 2009. Depuis qu'il est visible, le nombre d'appels ne fait qu'augmenter. En 2018, 50 593 appels ont été traités (contre 33 106 appels en 2009) (25).

De plus, TIS a mis en place un e-coaching via le site Internet et l'application sur Smartphone. Ces interfaces donnent des informations, des aides et des conseils sur l'arrêt du tabac. 22 % des fumeur·ses, ayant fait une tentative d'arrêt au dernier trimestre 2016 en lien avec le #MoisSansTabac, ont utilisé le site Internet tabac-info-service, et 13,5 % ont utilisé l'application Tabac-Info-Service (31).

Ces supports sont majoritairement utilisés lors de la campagne du #MoisSansTabac.

L'HAS recommande avec un haut niveau de preuve que, si un patient ne souhaite pas être aidé par un·e professionnel·le de santé pour l'arrêt du tabac, il faut l'orienter vers des outils d'auto-supports (7).

2.4.6- E-cigarette

La cigarette électronique a été développée en Chine au cours des années 2000. Elle est arrivée en France quelques années plus tard et c'est en 2013 que son usage devient courant. Selon l'enquête ETINCEL-OFDT, l'utilisation quotidienne de la cigarette électronique concernait, en 2013, 3 % de la population française, soit 1,1 à 1,9 millions de personnes. Dans cette étude, les utilisateurs réguliers déclarent utiliser la cigarette électronique dans un but de réduction de consommation (poursuite de la consommation de tabac en parallèle), avec un objectif à long terme d'arrêt complet du tabac. Elle pourrait donc permettre de se sevrer progressivement du tabac sans l'aide d'un·e professionnel·le de santé. Cependant, la cigarette électronique, de par son mimétisme avec la cigarette (gestuelle, fumée) pourrait malheureusement « re-normaliser » l'acte de fumer (32).

D'après une récente étude parue dans le New-England, la E-cigarette est significativement plus efficace que les TNS en terme d'abstinence à un an (18 % était abstinent·s à 1 an avec le E-cigarette et 9.9 % avec les TNS) (33).

La cigarette électronique ne dispose pas d'autorisation de mise sur le marché en tant que médicament pour l'aide à l'arrêt du tabac.

Il existe peu d'études qui prouvent l'innocuité de la cigarette électronique sur le long terme. Ainsi, le HCSP (Haut Conseil de Santé Publique) précise qu'il est indispensable que des études d'un niveau de

preuve supérieure soient réalisées afin de connaître davantage les effets de ce produit (34). De même, la Société Européenne de Pneumologie a lancé un signal d'alarme dans les médias, début 2019, sur les risques importants de ce nouvel usage (35). La FDA, Food and Drug Administration, aux Etats Unis poursuit également ses recherches sur l'existence d'un lien éventuel entre l'apparition de crises convulsives et de symptômes neurologiques avec l'utilisation de la E-cigarette (36).

2.4.7- Accompagnement par les professionnel·les de santé

Un consensus d'expert a défini et identifié les compétences indispensables qu'un·e médecin doit avoir pour exercer la médecine générale.

Celle-ci montrent que la·le médecin généraliste est apte à suivre, conseiller et accompagner des patient·es souffrant·es de pathologies chroniques, comme les addictions (37).

L'HAS recommande selon un grade A, que tou·tes les professionnel·les de santé doivent conseiller aux fumeur·ses d'arrêter le tabac sous toutes ses formes. Ils doivent les aider dans leur arrêt en utilisant le RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève). Ils doivent également questionner régulièrement les patient·es sur leur consommation de tabac afin d'évaluer leur motivation à l'arrêt selon le modèle de *Prochaska et Di Clemente*.

Ces patient·es devraient bénéficier d'un entretien motivationnel afin de renforcer la motivation à l'arrêt selon un grade B. Ces entretiens sont menés par des professionnel·les de santé afin de faire comprendre au et à la patient·e son comportement et d'essayer, par une méthode empathique, d'explorer son ambivalence face au changement de ce comportement.

Un certain nombre de fumeur·ses arrêtent seul·es. Il est important de noter que d'après l'HAS, 97 % des patient·es fumeur·ses qui arrêtent seul·es échouent, avec une abstinence à 6 mois estimée à 3-5 %.

Or l'accompagnement par un·e professionnel·le de santé, associé ou non à une prescription médicamenteuse, permet d'accroître de 50% l'abstinence à 6 mois (7).

Une thèse réalisée en 2012, a interrogé les patient·es fumeur·ses sur leurs connaissances, représentations et besoins vis-à-vis des aides à l'arrêt. Sur cent patient·es, 76,5 % sont prêt·es à faire confiance à leur médecin pour un accompagnement et 68,2 % pensent que l'arrêt comporte au minimum une prescription médicamenteuse et un suivi psychologique (38).

Cependant, d'après la thèse VIJGIL, 89,1 % des praticiens n'accompagnent pas leurs patient·es dans l'arrêt du tabac devant l'absence de demande d'aide exprimée par celles et ceux-ci (39).

2.5- Le projet « L.A.S.T »

Le projet LAST/PAST/5A, a été financé en décembre 2018 par l'ARS (Agence Régionale de la Santé) de Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de l'appel à projets du « fond tabac ». Il est porté par AGIR 33 Aquitaine, en partenariat avec le service prévention du CHU de Bordeaux.

Ce projet a pour objectif de favoriser l'accompagnement à l'arrêt du tabac en proximité territoriale, temporelle et humaine. Le constat est que les premières tentatives d'arrêt sont réalisées sans accompagnement et que les demandes d'aides à l'arrêt arrivent trop tardivement, lorsque les troubles liés à l'usage sont présents, le plus souvent.

Il s'agit donc de développer sur les parcours de santé habituels des fumeur·ses, des L.A.S.T (Lieux d'Accompagnement à l'Arrêt du Tabac). Il s'agit de lieux (cabinets, officines, services de santé au travail ou de santé scolaire) disposant d'un·e professionnel·le de santé formé·e et souhaitant médiatiser sa disponibilité à aider les fumeur·ses.

Les L.A.S.T seront réunis en pôles territoriaux ou P.A.S.T en lien avec un Centre Ressource en addictologie, pour l'orientation des patient·es les plus complexes.

Ce projet doit mobiliser les outils et moyens du marketing social, afin de médiatiser les L.A.S.T sur les territoires et de favoriser la demande d'aide à l'arrêt des fumeur·ses.

Dans cette perspective, Karine Gallopel Morvan (Professeure de marketing social à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes) a animé deux journées de formations à AGIR 33 Aquitaine, afin de développer les savoirs des intervenants du projet. Les ateliers ont permis de commencer à construire les démarches préalables au développement de la stratégie.

Deux autres journées, positionnées début septembre 2019, auront pour objectif de construire la stratégie et les outils de marketing social du projet.

2.6- Question de recherche et objectifs

Lors des deux premières journées de formation, centrées sur le projet L.A.S.T, il a été décidé de développer plusieurs études préalables à la construction de la stratégie de marketing social :

- ✓ Une étude qualitative auprès des fumeur·ses de tabac au stade d'intention ou de préparation, afin d'explorer leurs représentations sur les aides possibles et sur leur parcours d'arrêt du tabac idéal.
- ✓ Une enquête d'opinion auprès des nouvelles et nouveaux prescripteurs lors des soirées de formation organisées par l'Assurance Maladie en collaboration avec AGIR 33 Aquitaine.
- ✓ Une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes et pharmaciens·nes visités·es par les délégués·es santé prévention de la COordination Régionale ADDictions Nouvelle-Aquitain (COREADD-NA).

Notre thèse correspond à l'étude qualitative et notre question de recherche est :

« Quelles sont les représentations des fumeur·ses sur les aides possibles et sur leur parcours d'arrêt du tabac idéal ? »

L'objectif principal de cette étude est :

Identifier les leviers à mobiliser pour favoriser la demande des fumeur·ses auprès des professionnel·les de santé de proximité, afin de les accompagner dans l'arrêt du tabac.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

Développer les connaissances sur les meilleures stratégies d'intervention, en cohérence avec les représentations des patient·es.

Apporter des éléments contributifs, en complément des autres approches du devis de recherche, pour construire la stratégie de marketing social du projet L.A.S.T

3- MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1- Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été élaborée avec l'aide de la base de données Pubmed ainsi qu'avec les outils Cismef, Google scholar et Cochrane.

Les mots clés utilisés dans la recherche ont été : "arrêt de tabac/smoking cessation" "fumeurs/smokers" "professionnels de santé/health personnel" et "médecins généralistes/general practitioners" notamment en croisant les termes smoking cessation et health personnel.

3.2- Choix de la méthode

L'objectif principal de ce travail de recherche a été d'identifier les leviers mobilisables chez les fumeur·ses pour favoriser leur demande d'aide auprès des professionnel·les de santé de proximité.

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative puisque celle-ci permet d'étudier des phénomènes sociaux, les sujets dans leur environnement naturel et d'identifier leurs besoins. Elle peut englober différentes formes de recherches telles que des observations, des entretiens, l'analyse de documents, des images ou des vidéos. Elle permet également d'explorer les comportements, les émotions et les sentiments des patient·es (40).

Sa force réside dans la richesse des données permettant une compréhension plus complète du problème étudié. La recherche qualitative ne se propose pas de mesurer ni de quantifier mais consiste à recueillir des données verbales afin de générer des hypothèses.

De façon plus générale, la recherche qualitative permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? » contrairement à la recherche quantitative qui essaie aussi de répondre au « pourquoi ? » quand il s'agit d'étudier un lien de causalité, mais d'une manière statistique. La recherche qualitative s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements des acteurs (comprendre) plutôt qu'aux déterminants des maladies (compter) (41).

La rédaction de l'étude qualitative a été réalisée selon les critères COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (42).

3.3- Population étudiée

3.3.1- La population cible

La population cible était constituée de personnes fumeur·ses envisageant un arrêt du tabac (phase intention du *modèle de Prochaska et Di Clemente*) ou se sentant prêt·es à arrêter de fumer avec construction d'une stratégie (phase de préparation de ce modèle) (43).

Pour les personnes fumeuses, nous avons pris en compte les personnes fumant tous les jours plus d'une cigarette.

3.3.2- Les critères d'inclusion de l'échantillon

- ✓ Être fumeur·se au quotidien
- ✓ Être dans un objectif d'arrêter de fumer aux stades d'intention ou de préparation d'après Prochaska et Di Clemente (43)
- ✓ Âgé·e de 25 à 55 ans
- ✓ Être en capacité physique et psychique de répondre
- ✓ Être volontaire et avoir signé le document de consentement éclairé
- ✓ Acceptant de participer aux entretiens

3.3.3- Les critères de non inclusion

- ✓ Les personnes travaillant dans le milieu médical (pharmacienn·es, médecins, infirmier·es, kinésithérapeutes, dentistes, sages-femmes)
- ✓ Les personnes travaillant dans le milieu du tabac (buralistes, compagnie de tabac etc.)
- ✓ Le refus de participation
- ✓ Les personnes présentant des troubles cognitifs et/ou de la compréhension empêchant la réalisation de l'entretien
- ✓ Les personnes ne maîtrisant pas le français

3.3.4- Le questionnaire de recrutement

Nous avons élaboré le questionnaire de recrutement lors des journées de formation de marketing social réalisées par la Professeure Karine Gallopel Morvan (Annexe 1).

La question qui s'est posée très rapidement, concernait la population à exclure de notre étude. Il ne nous paraissait pas cohérent d'inclure des personnes travaillant dans le milieu du tabac, ni d'inclure les professionnel·les exerçant dans le milieu de la santé, car ceux-ci étaient plus à même de connaître les ressources disponibles pour une aide au sevrage.

Concernant les critères d'inclusion, nous avons voulu inclure les fumeur·ses quotidien·nes ayant l'intention d'arrêter de fumer prochainement (dans les 30 jours ou dans les 6 mois).

Pour améliorer la représentativité, nous avons voulu recruter des fumeur·ses issu·es de catégories sociodémographiques différentes.

Lors de la présentation de notre projet de thèse, nous avons remis un feuillet d'informations aux sujets intéressés, reprenant les critères d'inclusion, ainsi que les objectifs de l'étude (Annexe 2).

3.3.5- Le recrutement

Il était souhaitable de constituer le recrutement en variation maximale. Pour cela, nous avons sélectionné plusieurs lieux pour réaliser ces entretiens. Dans cette perspective nous avons recruté des personnes correspondantes aux critères d'inclusion :

- ✓ En milieu rural à Langoiran, dans un cabinet de médecine générale où nous avons effectués nos précédents stages.
- ✓ En milieu urbain dans notre entourage à Bordeaux.
- ✓ De catégories sociales plus défavorisées au Centre d'examens de santé de Bègles.
- ✓ Et enfin à Périgueux où Philippine BROUSSE effectue son stage ambulatoire.

A Langoiran et à Périgueux, nous avons réalisé seules le recrutement au cours d'une consultation de médecine générale, lors de nos stages respectifs. Pour certaines personnes ayant donné leur accord à leur médecin, le recrutement s'est effectué par téléphone.

Pour le centre d'examens de santé, nous avons obtenu un accord de la direction de l'Assurance Maladie, puis du médecin responsable du centre, le Docteur Léger, à qui nous avons envoyé un mail de présentation de l'étude avec notre fiche d'informations sur la thèse et notre questionnaire de recrutement (Annexes 1 et 2). Cet e-mail expliquait l'objectif principal de l'étude et ses modalités avec la réalisation d'un entretien semi-dirigé, en face-à-face, qui serait enregistré puis anonymisé pour être analysé. Il a transmis cet e-mail aux personnels du centre d'examens de santé. Après le bilan de santé habituel, les personnes, selon les tranches d'âge requises, étaient sélectionnées par l'infirmier-e d'accueil. L'un-e des médecins leur posait les questions suivantes : « Etes-vous fumeur-se ? » « Avez-vous envie d'arrêter dans les 6 prochains mois ? ». En cas d'une réponse positive, l'une des investigatrices les recevaient dans la même journée pour présenter l'étude et affiner le recrutement, en reprenant les critères d'inclusion et de non inclusion.

A Bordeaux, le recrutement s'est opéré dans notre entourage, selon nos critères. Ces critères ont été contrôlés et validés lors de l'échange de coordonnées par téléphone.

Au total, 23 personnes fumeuses ont été recrutées. Quatre n'ont jamais donné suite. Le principal motif de refus était le manque de temps.

Dans le cadre d'une étude qualitative, le nombre de sujets nécessaires ne pouvait pas être calculé au préalable, car celui-ci dépend de la saturation des données, et le recrutement a été arrêté, lorsque celle-ci a été confirmée.

3.4- Plan de l'étude

3.4.1- Guide des entretiens semi-dirigés

Le guide d'entretien a été élaboré par les deux thésardes avec l'aide de notre directeur de thèse et des personnes ayant participé à la formation marketing social organisée par la Professeure Karine Gallopel Morvan (15 participants correspondants à des salariés du COREADD-NA, du service de Prévention du CHU, de l'ANPAA, pharmaciens, médecins, ingénieurs en promotion de la santé, en communication, en marketing commercial). Le choix des images, pour l'élaboration du programme idéal, a été réalisé avec la chargée de communication d'AGIR 33 Céline Biot.

L'objectif était d'identifier les freins et les leviers mobilisables des patient-es pour favoriser leur demande d'aide auprès des professionnel·les de santé de proximité.

Ce guide d'entretien était ainsi composé de quatre parties (Annexe 3):

- ✓ La première partie avait pour but de collecter des informations sur leur tabagisme : la consommation de tabac, la perception et la place qu'occupait le tabac dans leur vie. L'objectif de cette partie était d'aborder progressivement la thématique pour mettre en confiance la personne et rendre l'entretien moins impersonnel.
- ✓ La seconde partie explorait l'arrêt du tabac avec le recueil de leurs impressions sur les différentes tentatives d'arrêt, leurs modalités, leur envie et capacité actuelle à arrêter de fumer, ainsi que les conditions qu'ils estimaient nécessaires pour arrêter.
- ✓ La troisième partie avait pour but d'explorer leurs connaissances et leurs perceptions sur les différentes aides à l'arrêt du tabac mais également de connaître leurs avis sur la possibilité d'être conseillé·e et/ou accompagné·e par un·e professionnel·le de santé pour arrêter de fumer.
- ✓ La quatrième partie visait l'élaboration d'un programme d'aide idéal à l'arrêt du tabac. Pour cela, 22 images étaient présentées à la personne. Elles et ils pouvaient choisir 4 images principales et 2 images accessoires, à disposer sur une feuille A4. Elles et ils avaient la possibilité d'ajouter de nouvelles idées puisque 2 images vierges étaient mises à disposition. Les personnes devaient ensuite nous expliquer pourquoi elles avaient choisi ces images.



Enfin, nous leur avons demandé quels moyens il fallait utiliser pour faire connaître les programmes d'aide à l'arrêt aux fumeur·ses de leur région. Aussi, quel type d'arguments, de messages, de visuels utiliser pour motiver les fumeur·ses à y participer.

Le guide d'entretien a été testé par chaque investigatrice avec une personne de son entourage fumeur. Cet « entretien test » a permis de valider la durée, la faisabilité et la pertinence du guide d'entretien. Ces entretiens tests n'ont pas été gardés pour l'étude car réalisés avec des membres de notre entourage proche. Aucune modification n'a été apportée au guide d'entretien à la suite de ces entretiens.

3.4.2- Aspects éthiques et réglementaires

Selon l'article 2 du décret 2017 – 884 du 9 Mai 2017, cette étude qui visait à évaluer les différentes perceptions des fumeur·ses sur le tabac et l'arrêt du tabac n'était pas une recherche ayant pour objet le développement des connaissances biologiques ou médicales. L'accord du Comité de Protection des Personnes n'était donc pas nécessaire. Une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été réalisée au préalable avec la déclaration MR 003 (Annexe 4).

3.4.3- Réalisation des entretiens semi-dirigés

Les entretiens étaient réalisés en face-à-face, intégralement enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone pour iPhone et d'un deuxième enregistreur audio par sécurité. Ces dispositifs étaient placés entre l'investigatrice et la personne interrogée.

L'entretien suivait la trame du guide d'entretien. Les questions, reformulations et relances étaient adaptées en fonction des réponses de la personne interrogée.

L'entretien débutait systématiquement par une courte présentation de l'étude, un rappel du déroulement de l'entretien, une demande d'autorisation de l'interviewé-e pour l'enregistrement audio et un remerciement de la personne interrogée pour sa contribution.

Ce type d'entretien a été choisi car il permet de garantir une plus grande spontanéité et liberté dans les réponses. Le mode semi-dirigé permet une liberté de parole tout en maintenant un cadre relativement strict, en abordant des thèmes du guide d'entretien, définis comme importants. L'objectif était de favoriser les questions ouvertes.

Lors des entretiens, des informations complémentaires pouvaient être pris en notes : communication non verbale (attitude générale du patient, émotions, gestuelle, etc.)

A la suite, nous avons questionné les personnes par rapport à leurs caractéristiques sociodémographiques : niveau d'étude, tranche d'âge...

Nous avons fait remplir un formulaire aux personnes attestant qu'elles avaient bien participé à l'entretien, qu'elles nous autorisaient à analyser les résultats de manière anonyme et qu'elles avaient reçu en main propre le bon d'achat de 20 euros à l'issue de l'entretien (délivré à l'aide de l'association AGIR 33 Aquitaine) (Annexe 5).

A la fin de chaque entretien, nous leur avons demandé s'ils souhaitaient recevoir les résultats de leur entretien par e-mail.

3.4.4- Analyse des résultats

➤ Retranscription des entretiens

Les enregistrements numériques des entretiens semi-dirigés ont servi de base à l'analyse. Chaque thésarde a retranscrit manuellement les entretiens qu'elle avait réalisés dans des fichiers individuels. La retranscription des enregistrements a été faite mot à mot sur la totalité des enregistrements dans un logiciel de traitement de texte (logiciel Word pour Philippine BROUSSE et Open office pour Alice BONNAY-HAMON). De plus, la communication non verbale comme les hésitations, les soupirs, la toux ont été retranscrits. On obtient alors le verbatim.

Nous avons anonymisés ces entretiens au moment de la retranscription. Chaque personne interrogée s'est vue attribuer un numéro de 1 à 9 ou 1 à 10 pour chaque thésarde. Nous avons ajouté la lettre A pour les entretiens réalisés par Alice BONNAY-HAMON et la lettre B pour ceux réalisés par Philippine BROUSSE.

Une fois la retranscription faite, le texte correspondant aux personnes interrogées était mis en italique de façon à différencier les propos de l'interviewé·e et de l'enquêtrice et d'éviter les confusions lors de l'analyse.

Les caractéristiques générales (âge, sexe, lieu de vie et niveau d'études, date, durée et nom de l'entretien) ont été insérées dans un tableau (tableau I).

➤ *Elaboration des résumés*

Philippine BROUSSE et la chargée de mission du projet L.A.S.T (Audrey GONNEAU) ont réalisé des résumés de ces entretiens afin de synthétiser la diversité des idées des personnes interrogées.

Ces résumés ont ensuite été envoyés aux participant·es qui souhaitaient recevoir leurs résultats. Ceci nous a permis d'avoir un retour sur l'exactitude des données écrites et sur leur éventuelle avancée dans le sevrage. C'est ce que l'on appelle la triangulation écologique.

➤ *Analyse des verbatim*

Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo 12 Formac.

L'analyse des données a été réalisée selon l'approche de la théorie ancrée ou « Grounded Theory » par les deux thésardes afin de garantir une triangulation des données.

Le codage a été effectué après la retranscription de tous les entretiens puisque nous avons un temps imparti pour la réalisation et la retranscription de ceux-ci par rapport à notre deuxième formation sur le marketing social (qui a finalement été reportée en septembre). Cependant, une analyse par théorisation ancrée¹ pouvait aussi se concevoir à la fin de la retranscription de l'ensemble des entretiens car la logique de l'analyse est itérative c'est-à-dire que la production et la vérification de la théorisation procèdent par approximations successives jusqu'à la validité et la fiabilité voulues (45).

Nous avons atteint la saturation des données au 15ème entretien.

- ✓ La première phase du codage consistait donc en un codage « ouvert » toujours centré sur la question de recherche. A la lecture des retranscriptions, il s'agissait de fragmenter les paroles des personnes en mots, groupes de mots ou phrases afin de regrouper cela en une liste de catégories faisant émerger des thèmes principaux. C'est ce qu'on a appelé les « nœuds ». Ces nœuds étaient des unités de sens. Nous avons réalisé un double codage, c'est-à-dire que

1

Définition « Théorie ancrée » : C'est une méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie à partir des données empiriques recueillies. Elle comporte un échantillonnage raisonné et l'analyse est fondée sur la méthode de la comparaison constante entre les données d'analyses et les données du terrain. (44)¹

chaque thésarde codait chaque entretien de son côté puis un à un, ils étaient discutés avec l'autre thésarde. Au total, 165 nœuds ont été créés, permettant ainsi l'élaboration de catégories et de sous catégories.

- ✓ La deuxième phase du codage consistait à comparer ces nœuds entre eux et à les combiner en un code général, axial. Chaque nœud pouvait appartenir à plusieurs codes axiaux.
- ✓ La troisième phase était la phase de codage sélectif. A partir des codes axiaux, on a construit la théorie en plaçant tous les codes trouvés au sein d'un nouveau plan en établissant des connexions. Il s'agissait d'une phase d'interprétation où les idées et les thèmes sont réorganisés afin de dégager les concepts exposés et les avis exprimés. Ceci a permis une meilleure lisibilité de l'ensemble (46).

4- RÉSULTATS

4.1- Caractéristiques des entretiens

Au total, 19 entretiens ont été réalisés au mois de mai 2019. 9 d'entre eux ont été conduits par Philippine BROUSSE et 10 par Alice BONNAY-HAMON.

- L'entretien le plus court a duré 28 minutes et 54 secondes et le plus long 1 heure 6 minutes et 16 secondes. La durée moyenne des entretiens était de 49 minutes et 16 secondes.
- Parmi les personnes interrogées, on retrouvait 9 femmes et 10 hommes.
- La moyenne d'âge était de 35,6 ans avec 8 personnes dans les 25-30 ans, la plus importante tranche d'âge de notre étude et 1 personne dans les 46-50 ans, la plus faible tranche d'âge de notre étude.
- Concernant le lieu de l'entretien, 6 ont été réalisés en milieu rural et 13 en milieu urbain.

Tableau I : Caractéristiques des participant·es.

Profils des patients ayant participé aux entretiens								
Nom de l'entretien	Genre	Âge	Tranche d'âge	Niveau d'étude	Activités professionnelles	Date de l'entretien	Durée de l'entretien	Lieu de l'entretien
E10A	Femme	28	25-30	BAC+4	Surveillante dans un lycée	29/05/19	47:07:00	Urbain
E1A	Homme	37	36-40	CAP	Ouvrier sur les chantiers	03/05/19	53:36:00	Rural
E1B	Femme	48	46-50	CAP	ADSEM Langoiran	06/05/19	01:04:54	Rural
E2A	Homme	42	41-45	CAP	Eboueur	03/05/19	56:32:00	Rural
E2B	Homme	55	51-55	CAP	SNCF	06/05/19	42:39:00	Rural
E3A	Femme	44	41-45	BAC+3	Professeur des écoles	09/05/19	36:44:00	Urbain
E3B	Homme	33	31-35	CAP	Ouvrier conducteur d'engin	13/05/19	53:23:00	Rural
E4A	Femme	33	31-35	BAC+3	Directrice de camping	13/05/19	28:54:00	Urbain
E4B	Homme	38	36-40	BEP	Conducteur de poids lourds	14/05/19	47:52:00	Urbain
E5A	Homme	28	25-30	BAC+5	Ingénieur	13/05/19	50:14:00	Urbain
E5B	Homme	26	25-30	BAC+5	Acheteur	18/05/19	50:57:00	Urbain
E6A	Homme	25	25-30	BAC+3	En formation licence LEA	14/05/19	43:15:00	Urbain
E6B	Homme	25	25-30	BAC+5	Ingénieur en biotechnologie	20/05/19	57:38:00	Urbain
E7A	Femme	29	25-30	BAC+5	Avocate	20/05/19	31:55:00	Urbain
E7B	Homme	30	25-30	BAC+2	Photographe/vidéaste et web-développeur	21/05/19	55:19:00	Urbain
E8A	Femme	34	31-35	BAC+5	Animatrice cirque et théâtre	27/05/19	01:06:16	Rural
E8B	Femme	27	25-30	BAC+5	Marketing/Communication	26/05/19	53:46:00	Urbain
E9A	Femme	52	51-55	BAC+2	Propriétaire viticole	29/05/19	47:11:00	Urbain
E9B	Femme	44	41-45	CAP	Sans emploi	27/05/19	50:04:00	Urbain

Les résultats se divisent en sept parties :

- ✓ La première partie reprend les caractéristiques des participant·es.
- ✓ La deuxième s'intéresse aux parcours des fumeur·ses avec le tabac.
- ✓ La troisième partie s'intéresse au ressenti des fumeur·ses face au sevrage.
- ✓ La quatrième partie détaille la perception qu'ont les fumeur·ses face aux politiques gouvernementales mises en place.
- ✓ La cinquième partie met en avant les représentations qu'ont les fumeur·ses des aides existantes.
- ✓ La sixième partie montre la place qu'occupent les professionnel·les de santé dans l'aide au sevrage
- ✓ La septième partie présente les programmes d'aide au sevrage idéaux des fumeur·ses.

Pour la rédaction, nous avons choisi de représenter les nœuds en souligné. Afin d'illustrer ceux-ci, certaines phrases des entretiens ont été citées et sont présentées entre guillemets et en italique.

4.2- Caractéristiques des patient·es

4.2.1- Le parcours avec le tabac

➤ *Le premier contact avec le tabac et les causes de cette consommation*

La plupart des participant·es de notre étude ont eu leur premier contact avec la cigarette lors de l'adolescence. Il·elle·s ont débuté leur consommation entre 13 et 20 ans à l'exception d'une participante qui a commencé à l'âge de 30 ans : « *Là je vais avoir 45 ans et euh... J'ai commencé à fumer, j'avais 30 ans parce que mon compagnon de l'époque fumait des cigarillos à la vanille et l'odeur m'a plu* » (E3A).

Les raisons de leur entrée dans le tabagisme sont attribuées :

- À l'influence de l'entourage : « *Bah...je pense que c'est un peu comme tout le monde en voulant faire un peu " comme tout le monde "* » (E2A) ; « *C'était parce que les copains, ils fumaient tous alors, j'ai voulu essayer, puis voilà* » (E3B) ; « *J'ai commencé, parce que c'est un copain d'école qui fumait et qui m'a demandé si je voulais essayer. Et voilà et du coup j'ai fumé avec lui, je n'ai pas trouvé ça dégueu* » (E8B).
- À l'effet de groupe notamment lors des moments festifs : « *Euh, la première fois, c'est un effet de groupe, amis, soirée, tout ça quoi. Je pense le truc commun* » (E7B) ; « *C'était en sortie de boîte avec les copains, les copines et voilà, tous mes copains / copines fumaient, la majorité* » (E1A).

La plupart de ces personnes étaient « anti-fumeur·ses » au départ, ce qui souligne le rôle important de l'entourage dans l'initiation au tabagisme : « *J'étais anti-fumeur en plus à l'époque quand j'étais plus jeune* » (E1A) ; « *Moi l'odeur me dérangeait, et en fait c'est elle la première qui m'a fait fumer une cigarette, je pense pour me dégouter et ce qui a fonctionné et puis voilà jusqu'à l'âge de 30 ans je n'ai pas fumé de cigarette quoi* » (E3A).

Lorsque les fumeur·ses ont commencé à fumer, certain·es cachait leur consommation à leur entourage. Le tabac peut correspondre ainsi à un rite de passage, les plus jeunes bravant cet interdit : « *Il ne fallait pas que les parents le sachent.* » (E2B) ; « *Personne ne sait vraiment que je fume dans la famille quoi à part ma sœur et mon frère, donc ils le savent pas* » (E5A).

Concernant le type de cigarettes fumées, on remarque que sur 19 fumeur·ses : 6 fument des cigarettes roulées et 13 des cigarettes manufacturées. Quelques un·es ont essayé les deux :

- Soit par envie de changement : « *Au début, je fumais des roulées et depuis peu je me suis mis aux industrielles, des blondes comme on dit. Euh voilà. Mais j'aimais beaucoup les roulées.*

Enquêteur : Pour quel côté ? Le côté économique ? Personne 7B : *Non même pas, c'est le côté différent, je préfère.* » (E7B)

- Soit pour le côté économique : « *Oui, mais j'ai fumé des blondes de temps en temps, mais ce n'est pas très économique on va dire.* » (E4B)

La consommation qui est ponctuelle lors des débuts, devient de plus en plus régulière par la suite. Les fumeur·ses développent progressivement une certaine dépendance à ce produit, sans forcément s'en rendre compte. Nous avons remarqué que certain·es participant·es utilisent le terme « catégories de fumeur·ses » pour définir leur consommation, comme si se considérer comme « petit·e fumeur·se » ne comportait aucun risque :

« *Jusqu'à maintenant, je me considérais comme une toute petite fumeuse. Rires...* » (E1B) ; « *Je ne fume pas beaucoup, c'est pas très grave. Donc du coup, très vite je leur dis, moi je suis fumeuse plaisir, 1 à 2 cigarettes par jour* » (E8B).

Chaque personne à sa propre définition d'un·e « gros·se fumeur·se » : « *Non je dirais c'est le nombre de cigarettes fumées par jour et oui au nombre d'année aussi, je suis un plus gros fumeur parce qu'ils sont plus jeunes que moi* » (E2B) ; « *Bah... symboliquement on va dire celui qui fume un paquet par jour. Mais un gros gros fumeur, c'est déjà quelqu'un qui fume depuis très longtemps. Et euh... qui fume plus 10 cigarettes par jour* » (E5B).

L'entrée dans le tabagisme s'est faite à l'adolescence ou un peu plus tard. Pour la plupart, les facteurs précipitants sont l'influence de l'entourage et l'effet de groupe. Bien que certaines personnes, aient un avis négatif sur cette substance au départ, les fumeur·ses se laissent tenter, finissent par l'apprécier et une dépendance se crée.

➤ Perception du tabac

Le tabac occupe une place importante dans la vie du·de la fumeur·se. Il est perçu de plusieurs manières :

- Comme une nécessité, un besoin : « *Oui, c'est dur l'arrêt du tabac, c'est un manque, c'est une accoutumance, c'est un besoin, c'est une drogue. On ne peut pas dire autre chose* » (E4B).
- Comme un passer-temps : « *Et surtout je fume beaucoup quand j'appelle des amis le soir que je n'ai rien à faire... avant de dormir et ouais... surtout quand j'attends le tram. Rires... C'est ça voilà* » (E6A).
- Comme un plaisir : « *Mais aussi plaisir... Que c'est quand même lié à une certaine forme de plaisir, la cigarette en général, le tabac voilà* » (E10A).
- Comme une récompense : « *C'est vraiment le midi, quand je pense avoir fini ma grosse matinée de travail, et du coup, je me permets ma cigarette. C'est comme, en fait là quand j'en parle je m'en rends compte, c'est comme une forme de récompense* » (E6B).

Enfin, la consommation de tabac a un effet apaisant, amenant à une sensation de bien-être « *Je fume plus quand je suis énervé en fait. Enfin, je pense je me rassure peut-être en disant cela, mais ça a peut-être un effet un peu apaisant* » (E4B).

Le tabac peut également être perçu comme quelque chose de négatif avec le côté nocif, le fait que cela soit la cause de certaines maladies : « *Bien-sûr, on associe tabac à la maladie du poumon* » (E2A).

Le tabac est perçu comme une source de plaisir et de bien-être, nécessaire à leur quotidien. Il est considéré comme la récompense d'une journée de travail accomplie. Cette substance apaise les moments de stress et d'angoisse.

➤ *Le mode de consommation*

On note que les journées type de ces patient-es présentent des similitudes, à savoir l'importance de la première cigarette le matin pour la majorité d'entre elles et eux : « *Après le petit-déjeuner, donc si je me réveille à 8h et que je déjeune de suite, à 8h30 j'ai une cigarette dans les mains* » (E2B) ; « *Depuis que j'ai repris vraiment, le matin, il me tarde de fumer ma cigarette, j'ai hâte de terminer mon petit-déjeuner pour fumer cette cigarette, vraiment elle me manque. Il y a vraiment un besoin.* » (E1B) ; « *Bah, il doit être 9h30-10h, elle est obligatoire celle-ci.* » (E9B)

Les autres cigarettes de la journée sont rythmées par les pauses, les moments de stress et d'énervement.

On a vu que la consommation de tabac varie en fonction de certains moments notamment avec une augmentation de la quantité de tabac lors des moments festifs, lors de consommation d'alcool ou lors des week-ends : « *Ah bah après si en sortie... si je sors le soir oui effectivement, là je fume un paquet en plus de ma journée. Oui avec l'alcool effectivement là ça va de pair* » (E4A). Et peut aussi être associé à certaines habitudes, certains rituels comme la cigarette avec le café ou la cigarette après le repas qui semblent être des cigarettes clés pour beaucoup de patient-es : « *Je vais fumer à chaque pause avec un café* » (E2B) ; « *Et c'est vrai que les cigarettes d'après manger, tout ça, c'est difficile, c'est compliqué, de ne pas l'avoir* » (E9B).

Nous avons observé également une variation de la consommation en fonction des saisons. Pour six des personnes interrogées, l'été est propice à cette consommation : « *Et après forcément avec l'été et le côté sociétal où les gens fument et te proposent une cigarette, tu dis non une fois, deux fois, trois fois et puis tu vois tout le monde fumer, ça sent le tabac, du coup ça te redonne envie* » (E6B).

Au travail, on remarque que si les collègues sont fumeur-ses, la personne est influencée et va avoir tendance à plus fumer : « *Parce que mon boulot du coup m'amène du stress et du coup les deux combinés, mon collègue fume, euh... et le stress c'est beaucoup plus compliqué d'arrêter* » (E7B). Même si, avec les nouvelles politiques gouvernementales, la consommation de tabac sur le lieu de travail est interdite « *Au travail, je sais que je ne fume pas plus, parce que je ne peux pas, parce que je*

suis très prise par mon travail et que c'est interdit » (E1B). Au travail, lors des pauses, les fumeur·ses ont pris l'habitude de sortir fumer dehors avec leurs collègues même si certains arrivent à ne pas être influencés par cela : « *Donc, au boulot, tu ne te laisses pas influencer par les pauses cigarettes ?* *Personne 6b : Pas du tout, la cigarette va même être un moment pour moi où je vais descendre en bas pour être tranquille, pour aller fumer ma clope* » (E6B).

Une des interviewées a aussi remarqué que lorsqu'elle utilisait son ordinateur (dans le cadre du travail), elle avait tendance à fumer plus : « *Mais c'est surtout quand je travaille sur l'ordinateur voilà, c'est vraiment l'appel à cigarettes... J'aime en plus ce traitement systématique des données, voilà donc je suis souvent sur l'ordi et là c'est vraiment du grand n'importe quoi, une cigarette après l'autre machinalement voilà* » (E9A).

Fumer à l'intérieur d'un endroit couvert est depuis quelques années interdit, mais les fumeur·ses ne s'en plaignent pas et préfèrent fumer dehors pour ne pas gêner leur entourage : « *Parce qu'on fait attention oui, le fait de pas fumer à l'intérieur, le fait de ne pas fumer dans les voitures* » (E2A).

On perçoit une tendance à la diminution de la quantité de tabac pour ne pas impacter l'entourage non-fumeur : « *Alors je fume mais beaucoup moins c'est-à-dire que j'essaie de ne pas fumer, de moins fumer le week-end et le soir quand tout le monde est là pour éviter de sentir trop le tabac par rapport aux enfants etc.* » (E1A) ou lors des moments où les personnes se sentent apaisées comme les vacances, ou à leur domicile : « *A la maison, je ne fume presque pas. A la maison c'est là où je suis apaisé, je suis calme* » (E3B).

Les personnes fument surtout lors de déplacements, lors de sorties (bars, restaurants) ou lors de pauses au travail.

Certaines cigarettes, notamment la première cigarette de la journée, sont considérées comme nécessaires pour la plupart des fumeur·ses interrogé·es.

Les autres cigarettes sont souvent associées avec le café, les repas et l'alcool.

On constate une valeur altruiste, pour certain·es, avec le souci de ne pas incommoder l'entourage.

4.2.2- Ce qui amène à l'arrêt

➤ *Les principaux déterminants de motivation*

Dans certains cas, des personnes ont été contraintes d'arrêter de fumer pour des raisons médicales : « *Après, c'est vrai qu'on y pense toujours qu'il faut arrêter, mais jusqu'au 9 février où j'ai eu mon AVC, je ne pensais pas une minute à arrêter, enfin j'avais pas envie, enfin je me prenais pas la tête avec ça.* » (E1B) ou ont trouvé une motivation pour arrêter du fait de leurs problèmes de santé : « *Moi ce qui m'encouragerait à arrêter de fumer aujourd'hui, euh... ce serait par rapport à mon état de santé*

actuel qui... j'ai fait une radio de thorax il y a un mois mais je tousse de plus en plus et voilà je sais que plus je fume et plus j'attends et plus ça va se compliquer et un jour j'aurai un problème » (E1A).

Certain-es prennent conscience de l'impact que peut avoir la cigarette sur leur organisme et sur l'environnement, ce qui les encouragent à arrêter :

- Sur les méfais du tabac : « Un peu en fonction de la peur que me faisait la cigarette, et des dangers associés, du coup, je me disais qu'il fallait que je me restreigne. Puis des périodes où je me disais qu'il fallait que j'arrête, j'ai même arrêté pendant plusieurs mois » (E5B) ; « Vous savez ce qui me manque beaucoup, c'est le manque du goût, je suis viticultrice et pour goûter mes vins, c'est une catastrophe » (E9A).
- Ainsi que sur le côté environnemental et préservation de la planète : « En plus, on pourrait se passer de ça, quand j'y pense encore une fois la planète, mince. Si tout le monde arrêterait de fumer, on arrêterait de produire des tonnes de déchets, on arrêterait d'utiliser des terres inutilement, juste pour se donner un plaisir malsain. » (E6B)

Ensuite, l'impact financier a été mis en avant à plusieurs reprises comme source de motivation : « Puis l'argent je préférerais bien le mettre ailleurs avec les enfants et tout ça. C'est un budget quand même la cigarette. C'est un gros budget » (E4B).

Enfin, l'histoire familiale a l'air de jouer un rôle majeur dans la motivation à l'arrêt du tabac : « Quand je vois l'état de santé de mon père, et qu'il a arrêté de fumer, voilà on va dire que ça motive » (E1A) ; « Si je fais ça c'est pour voir mes enfants, mes petits-enfants grandir, pour pouvoir profiter de ma retraite » (E2A). Avec l'impact sur l'entourage qui paraît primordial pour éviter de nuire autour de soi notamment par rapport aux enfants : « J'ai un petit garçon aussi donc j'aimerais beaucoup arrêter pour lui aussi, je trouve ça naze de fumer devant lui » (E8A).

L'entourage peut être un soutien notamment si la-le conjoint-e arrête de fumer en même temps ou si l'entourage est non-fumeur « Il y a le fait que mon amoureux soit non-fumeur, ça m'a aidé quand même à prendre la décision d'arrêter le 1er janvier » (E10A) ; « Si ma conjointe je la vois arrêter de fumer, j'arrêteraient de fumer également » (E6B). Ou lorsqu'un challenge d'arrêter le tabac à plusieurs est proposé : « Et puis à plusieurs, on s'est entraînés. Je crois que ça, c'est une solution formidable d'arrêter de fumer à plusieurs » (E2B).

Se couper de l'entourage fumeur apparaît comme une solution pour plusieurs d'entre eux pour faciliter l'arrêt du tabac : « Bah, je ne sais pas, déjà, je pense que si je me coupe des fumeurs ça serait un gros plus parce que quand on est avec des gens qui ne fument pas, bah, on a tendance à moins fumer. En fait, si on arrête de fumer et qu'on ne voit pas les autres fumer, bah, on n'a pas envie. » (E3B)

Les principales motivations à l'arrêt du tabac sont les problèmes de santé personnels ou familiaux engendrés par la cigarette. L'augmentation régulière du prix du tabac est également citée, pour quelques-un·es. La majorité des fumeur·ses interrogé·es prennent conscience des méfaits du tabac et de son impact sur l'environnement. L'entourage non-fumeur est un élément supplémentaire motivant l'arrêt. Certain·es seraient prêt·es à se couper des fumeur·ses pour arrêter. Arrêter de fumer à plusieurs (en couple ou entre ami·es) leur paraît efficace.

➤ *Leurs ressentis sur leurs essais d'arrêts*

Pour la majorité des patient·es interrogé·es, plusieurs tentatives de sevrage ont été réalisées. Une partie de ces patient·es regrettent leurs périodes sans tabac : « *Ah bah, déjà de ne plus avoir l'impression de ne plus être dépendante de ça, d'être libre, de ne plus avoir à penser à chercher des cigarettes, l'odeur, les goûts qui reviennent. Tout ça, c'était bien, je voyais bien la différence, je sentais bien* » (E1B).

Ces périodes d'arrêts ont été plutôt bien vécues, considérées parfois comme faciles pour quelques un·es d'entre elles et eux : « *Alors euh... Ça été assez facile pour m'arrêter contrairement à ce que je peux dire* » (E1A).

La plupart des personnes interrogées ont affirmé leur souhait d'arrêt et leur envie d'arrêter de fumer : « *Je ne sais pas exactement quand est ce que je m'y mettrais, mais j'ai vraiment envie d'essayer d'arrêter.* » (E8B) ; « *Oui dans le sens, oui j'ai toujours envie, j'ai vraiment envie un jour d'être complètement libérée de la cigarette* » (E10A). Il·elle·s se sentent capables d'arrêter : « *Est-ce que vous vous sentez capable d'arrêter de fumer ?* Personne 1A : *Capable oui, quand on a réussi à arrêter 2 fois, pourquoi pas 3 fois ?* » (E1A)

Pour arrêter de fumer, il faut être dans de bonnes conditions ou dans une bonne période : « *Je sais que les 2 fois où j'avais essayé d'arrêter, enfin où j'avais arrêté les 2 premières fois, c'était des périodes où tout allait bien que ce soit professionnellement, financièrement, dans mon couple, dans ma famille, etc. C'était dans une période où tout allait bien* » (E1A) ; « *Il faut que d'abord que la personne soit dans les bonnes conditions émotionnellement, dans le cadre de vie...* » (E3A)

Les fumeur·ses ont réalisé, pour la plupart, plusieurs tentatives d'arrêt. Ces périodes d'abstinence sont souvent regrettées. La plupart des fumeur·ses interrogé·es sont volontaires pour arrêter et s'en sentent capables. Mais quelques conditions sont nécessaires : une stabilité professionnelle, familiale et financière ou une période de vacances...

➤ *La volonté*

La volonté est citée par la majorité des fumeur·ses comme étant le facteur déterminant à la prise de décision d'arrêt du tabac. Sans celle-ci, même en ayant toutes les aides qu'il soit, un arrêt du tabac ne sera pas réalisable. Sur les 19 personnes interrogées, la volonté ressort sur 18 entretiens : « *Le truc,*

c'est que si la personne en face de toi, elle a essayé, mais qu'elle n'avait pas vraiment la volonté d'arrêter, euh, ça peut pas marcher. » (E3B) Ainsi que le fait de vouloir arrêter seul-e sans aide : « Je pense que j'ai envie de le faire seule plutôt, j'ai envie de le faire seul enfin avec l'aide de mes amis... » (E10A)

Il y a également la notion de décllic qui revient régulièrement lors de ces retranscriptions : « *Le plus dur pour moi c'est le fameux décllic. Le décllic où je dis aujourd'hui "stop, j'arrête de fumer" » (E1A). Le fait d'avoir un but permet d'accroître la motivation pour certain-es comme : « *Il faut faire un choix alors je veux tout faire pour y arriver. En fin de compte, je crois que pour arrêter de fumer, il faut avoir un but.* » (E2B)*

Certaines personnes vont même jusqu'à accepter un cadre restrictif (punition), qui les obligeraient à arrêter de fumer : « *J'aimerais bien que quelqu'un me dise bah tu fais ça et c'est un programme spécial ou juste avoir un programme qui t'empêche de fumer* » (E5A).

La volonté et le décllic semblent être des éléments nécessaires à la prise de décision de l'arrêt du tabac. Pour certain-es avoir un but (comme acquérir un bien ou un objet) participe également à la prise de décision de l'arrêt.

4.2.3- Les bénéfices de l'arrêt

Parmi les bénéfices de l'arrêt, on retrouve pour la majorité des participant-es :

- Le bien-être ou « *L'impression de se sentir mieux* » (E5B).
- La fierté de réussir à arrêter, comme une victoire sur soi : « *2 mois et j'étais fière, je ne pensais pas que c'était possible* » (E9A).
- L'impression de liberté « *J'ai l'impression d'être comme ça (se lie les mains), prisonnière du tabac. Les moments où je n'ai pas fumé, c'était vraiment une liberté* » (E1B) ; « *J'ai vraiment envie un jour d'être complètement libérée de la cigarette* » (E10A).
- Le fait de faire des économies, l'impact financier : « *Faire des économies, c'est aussi un truc important. C'est quelque chose que je veux faire en tout cas, mettre l'argent que je ne mets pas dans les cigarettes, de côté quoi* » (E10A).

Pour beaucoup de participant-es, l'arrêt du tabac signifie aussi un changement de vie avec la reprise du sport et le rééquilibrage alimentaire : « *J'ai envie d'avoir une vie saine, d'avoir une vie où je fais du sport, manger sainement, être accompagné du coup* » (E6A) ; « *Moi je vis avec la cigarette, c'est-à-dire que je me lève, 1h après je commence à fumer jusqu'au soir et des fois je me dis dans ma tête qu'il y a des gens autour de moi qui ne fument pas et ils vivent très bien, c'est-à-dire qu'on peut vivre sans ça, sans la cigarette.* » (E1A)

Les périodes d'arrêt sont perçues positivement pour la plupart des fumeur·ses. Elles redonnent aux fumeur·ses leurs libertés et les rendent fier·es d'elles et d'eux-mêmes. L'arrêt de la cigarette leur permet de changer leur quotidien pour une vie plus saine et de faire des économies.

4.3- Ressenti des fumeur·ses sur le sevrage

4.3.1- Difficultés à arrêter

Les patient·es recruté·es en phase d'intention sont encore ambivalent·es concernant leur désir d'arrêt.

Pour arrêter de fumer, il faut que quelques conditions soient réunies :

- ✓ Comme cités plus haut (dans la partie 2), la volonté et le déclic sont des éléments essentiels à la prise de décision de l'arrêt. Ainsi, en leur absence, l'arrêt est difficile.
- ✓ Il faut également être prêt·e : « *Je ne me sens pas prêt aujourd'hui, tout de suite tout de suite.* » (E5B) ; « *Ça inclut beaucoup de choses que là pour l'instant je ne suis pas prête, je n'ai pas envie d'engager.* » (E9B)
- ✓ Certain·es fumeur·ses ne ressentent pas l'envie d'arrêter de fumer : « *C'est quelque chose à laquelle je suis accrochée et que j'ai pas envie de laisser.* » (E1B) ; « *Actuellement, vous avez envie d'arrêter de fumer ?* Personne 3b : *Oui et non, il y a des moments oui, puis ça me passe au-dessus de la tête.* » (E3B)
- ✓ La période pour s'arrêter doit être choisie judicieusement, puisque beaucoup ne se sentent pas capable d'arrêter du fait de leurs activités professionnelles : « *Et puis ça se passe mal au boulot donc bon. C'est surtout ça.* » (E3B) ; « *il faut que j'attende euh... que passe ma saison c'est sur sinon je tue un de mes clients je pense "rires"* » (E4A).

La cigarette est perçue comme une addiction, une drogue, dont il est difficile de se défaire : « *Le problème c'est que c'est une drogue qui est vachement puissante.* » (E1A) ; « *Ah mais c'est la grosse merde, ça je le sais, c'est de la merde, ce n'est pas possible ce truc. Là si je pouvais revenir en arrière jamais je ne re-toucherai à une cigarette, mais maintenant que je suis dedans...* » (E3B)

Certain·es se rendent compte de la puissance de cette dépendance : « *Je croyais que j'étais plus forte que le tabac.* » (E1B) ; « *Tous fumeurs, il n'y a pas de petite cigarette du moment qu'on a commencé, elle est là, le besoin, il est plus dans la tête que dans le corps.* » (E9A)

Cette dépendance rend l'arrêt du tabac impossible aux yeux de certains fumeur·ses :

« *Mais moi, le mot arrêter il me terrorise. Donc... je ne dis pas arrêter. Là tout de suite je ne dis pas arrêter. Arrêter ce n'est pas possible.* » (E9B). Il·elle·s doutent même de leurs capacités à arrêter car « *Pour moi je me dis que c'est trop tard.* » (E1B) ; « *Moi très longtemps je me suis dit que c'était mort pour moi, que c'était trop tard, ça fait trop longtemps que...* » (E9B)

Certain·es ont très envie d'arrêter, mais ne pensent pas être à la hauteur : « *Je pense que je suis faible* » (E6A). Il·elle·s sont ambivalent·es, en associant le mot plaisir et la nocivité pour définir le tabac : « *J'ai conscience que quand je fume, je me fais plaisir, mais je me fais aussi du mal.* » (E1B) ; « *Même si tous les aspects négatifs de la cigarette sont là, je prends quand même encore plaisir à fumer...* » (E3A)

La majorité des personnes interrogées ont eu plusieurs tentatives d'arrêt, mais qui n'ont pas abouties : « *Depuis 5 ans, les fois où j'ai essayé d'arrêter je n'ai pas réussi.* » (E1B) ; « *J'ai déjà fait des essais pour arrêter mais qui ont été infructueux.* » (E3A) ; « *Bah j'ai essayé une fois, ça a duré une semaine parce que j'étais trop sur les nerfs derrière, je ne savais pas comment gérer ça.* » (E4B) ; « *Ah non c'était juste... des velléités, des tentatives... oui je me dis je commence lundi et puis...* » (E6A)

Beaucoup pensent que la nocivité du tabac ne les atteindra pas : « *Oui je pense parce qu'en fait on a l'impression que ça arrive qu'aux autres* » (E4A) ; « *Déjà j'ai une faible consommation, donc je pense qu'elle n'est pas trop grave pour ma santé.* » (E8B) Certain·es se voilent la face concernant leur dépendance au tabac : « *Parce que pour moi, je suis quand même moins addict que ceux qui fument beaucoup.* » (E8B) ; « *Le midi entre m'acheter un paquet de cigarettes ou manger, si j'ai que ça, je vais aller m'acheter un paquet de cigarettes même si j'en fume qu'une enfin, je ne suis pas hyper accro.* » (E1B)

L'ambivalence des fumeur·ses est grande. Pour arrêter de fumer il faut être prêt et avoir de la volonté. Le tabac est perçu comme une addiction, une drogue mais aussi comme un plaisir. Il·elle·s ont peur d'être impuissant·es, de ne pas arriver à faire face à l'exigence de cette dépendance. D'autres se voilent la face et se sentent plus fort que le tabac.

4.3.2- Difficultés anticipées du sevrage

➤ *La peur*

La peur prédomine dans les difficultés anticipées de l'arrêt du tabac.

10 fumeur·ses ont peur de prendre du poids avec l'arrêt de la cigarette, et cela constitue donc un frein important. Le changement d'humeur à l'arrêt de la cigarette terrorise également les fumeur·ses.

- La peur d'arrêter : « *Mais moi, le mot arrêter il me terrorise.* » (E9B)
- La peur de prendre du poids : « *Tout le monde quand il arrête de fumer, prend du poids, ça grignote, ça compense et il va falloir que je me fasse aiguiller, mais c'est vrai que c'est une vraie crainte ça.* » (E4B)
- La peur du changement d'humeur : « *Parce qu'on devient irritable et on le sait et les proches le savent donc ça devient très compliqué.* » (E4B)

➤ *Le manque que procurera l'absence de cigarette*

La cigarette est associée à une gestuelle, à un plaisir. L'acte de fumer est très ritualisé et les fumeur·ses ont peur de ressentir un manque à l'arrêt du tabac. 10 fumeur·ses mettent en avant le manque qu'occasionne l'absence de cigarette.

- Le manque de la cigarette : « *Bah c'est le fait de, c'est le manque en fait ...que je ne sais pas si je résisterai à l'appel du tabac si j'essaye d'arrêter.* » (E6A)
- La perte de plaisir : « *Un arrêt d'un plaisir quotidien.* » (E5B) ; « *C'est uniquement une partie de plaisir qui me manquerait, quelque part pour moi.* » (E9A)
- L'arrêt de la gestuelle : « *Oui la gestuelle oui parce que la gestuelle, je vois que des fois si je ne fais rien, j'ai la main qui bouge et qui va directement à la bouche. Et ça arrive que comme ça je reprenne une cigarette.* » (E2B)

➤ *Habitudes et cigarette*

La cigarette est associée à de nombreuses habitudes, comme le café et l'alcool. Parmi les fumeur·ses interrogé·es, l'alcool est à l'origine d'une augmentation de la quantité de tabac fumé.

- Le café : « *C'est dur parce que franchement le café, je ne sais pas pourquoi c'est dans la tête certainement, mais café-cigarette.* » (E2B)
- L'alcool : « *Je suis consciente que c'est quand même super difficile, parce qu'on a des vies où on sort beaucoup, on boit quand même de l'alcool régulièrement, et moi je sais que c'est un truc qui m'appelle violemment.* » (E8B)
- Un rituel : « *C'est très ritualisé.* » (E1B)

➤ *Le stress*

Fumer peut être considéré comme un apaisement. Certain·es fumeur·ses se réfugient dans la cigarette lors d'un moment de stress.

- Stress engendré par l'absence de cigarette : « *Qu'est-ce qui vous fait peur dans le mot arrêt ?* Personne 9b : *Euh... le stress que ça va provoquer. Je n'ai pas envie de ça.* » (E9B)
- Stress calmé par l'action de fumer : « *Alors moi clairement c'est le stress, il faut que j'arrive à canaliser mon stress pour éviter que quand j'ai un coup de stress, ce soit forcément lié à la cigarette et dès que j'ai un coup de stress, il faut immédiatement que j'aie fumer une cigarette pour me calmer ça c'est ça.* » (E7A)

➤ *L'entourage fumeur*

L'entourage fumeur influence la consommation de la plupart des personnes interviewées. L'arrêt du tabac paraît donc plus compliqué : « *Je pense que le fait que ma compagne soit grosse fumeuse, ça me complique la tâche parce que j'ai l'odeur, le fait qu'elle sorte pour aller fumer, que je sais qu'elle va fumer et que les moments de faiblesse, c'est tentant.* » (E3A) ; « *Après, je pense que c'est effectivement difficile quand tu es dans une colocation où tout le monde fume* » (E8B).

Les difficultés anticipées de l'arrêt du tabac sont dominées par la peur (de la prise de poids notamment) et la sensation du manque due à l'absence de la cigarette. L'action de fumer est ritualisée. Elle est influencée par le café, l'alcool et l'entourage.

4.3.3- Difficultés rencontrées au cours du sevrage

➤ *Le changement*

Lors du sevrage tabagique, les fumeur·ses rapportent qu'il est nécessaire de modifier quelques habitudes pour éviter les tentations :

« *Et puis maintenant je ne descends plus avec eux, je prends juste le café et retourne à ma place.* » (E5B) ; « *Et après je pense aussi, je pense à ça maintenant mais, c'est que pour le coup pour arrêter de fumer, je l'ai un peu dit tout à l'heure, mais ce qu'il faut c'est un changement d'habitude en fait.* » (E8B)

L'arrêt de la gestuelle, l'arrêt d'un plaisir et le manque de la cigarette sont également des difficultés exprimées par les fumeur·ses du fait de l'arrêt.

➤ *L'impact de l'entourage*

La plupart sont d'accord pour dire qu'il est difficile de résister à l'appel de la cigarette lorsque celle-ci est proposée par l'entourage : « *Et après forcément avec l'été et le côté sociétal où les gens fument et te propose une cigarette, tu dis non une fois, deux fois, trois fois et puis tu vois tout le monde fumer, ça sent le tabac, du coup ça te redonne envie.* » (E6B)

Pour deux d'entre elles et eux, le tabac est ancré dans leurs relations sociales : « *Encore une fois le côté sociétal où tout le monde fume* » (E6B) ; « *C'est hyper social pour moi* » (E8A).

➤ *Expériences de sevrages différentes*

Chaque sevrage est vécu différemment : « *Et la 2ème fois que j'ai arrêté, c'est pareil, j'ai pris le même traitement, les mêmes durées sauf que là, ça été plus dur.* » (E1A) ; « *La différence entre les 2 c'est compliqué de la... de savoir ce qui change entre ces 2 moments là ou pourquoi la fois d'avant j'étais plus prête et que là cette année, je n'étais pas prête...J'ai voulu le faire quand même mais... c'est étonnant en fait, il faut se sentir vraiment fort à ce moment-là.* » (E3A)

Un des fumeurs rapporte que la dépendance au tabac est telle que, tout·e fumeur·se est voué·e à reprendre la cigarette même après des années d'arrêt : « *Chaque personne est différente, donc on peut en discuter. Après moi dans ma tête, je me dis un vrai fumeur à toujours un risque de rechuter même 15 ans après quoi...* » (E1A)

➤ Facteurs de risque de reprise du tabac

➔ Situations à risques

Lors de la période d'arrêt du tabac, la·le fumeur·se doit se préserver de certaines situations qui pourraient l'amener à reprendre une cigarette. Plusieurs facteurs de risque sont décrits par les fumeur·ses :

- Le travail : « *J'ai repris au boulot.* » (E3B) ; « *Ça a tenu un petit peu peut être quelques mois, je me rappelle plus mais ouais mais c'était compliqué à gérer. J'ai repris avec euh le boulot en début d'année-là fin en début d'année scolaire, en septembre.* » (E10A)
- La reprise des habitudes : « *Il y en a deux. On avait l'habitude de descendre fumer des cigarettes aux moments de pauses.* » (E5B) ; « *Et malgré les freins qui sont posés, bah directement c'est devenu une habitude, de marier finalement le verre d'alcool avec la cigarette.* » (E6B)
- Les problèmes de vie privée : « *Les 2 fois où j'ai repris, c'est sur un décès, un décès dans la famille.* » (E1A) ; « *Et il y a eu un événement personnel qui m'a refait plonger complètement et depuis je n'y arrive pas...* » (E7A) ; « *Parce qu'on devient irritable et on le sait et les proches le savent donc ça devient très compliqué.* » (E4B)

La cigarette est parfois considérée comme une solution pour affronter les problèmes : « *J'avais une formation de 2 mois, et je me suis dit que j'allais re-fumer pour éviter d'avoir ces sautes d'humeur.* » (E7B) ; « *Quand je suis rentrée, on a changé de région, je ne connaissais personne et je me suis remise à fumer, c'était très dommage euh...* » (E8A)

- Pour la plupart des fumeur·ses, la situation la plus délicate est la festivité : « *J'ai plus retouché malheureusement jusqu'à cette petite fête tragique qui m'a fait replonger.* » (E2B) ; « *Peut-être le fait de sortir et d'être avec d'autres fumeurs et de prendre un verre, une bière, un verre d'alcool où avant je fumais en même temps et euh...Il y a un petit cap à passer et c'est ça qui est un peu compliqué.* » (E5B)

➔ Reprise de la cigarette

Les fumeur·ses reprennent une cigarette en pensant que celle-ci sera inoffensive : « *J'ai re-goûté à une cigarette et voilà. C'est reparti.* » (E2B) ; « *Fin que ça va puis bon, il suffit d'une fois. Une cigarette et ça repart.* » (E10A)

Certain·es tentent au début de limiter leur consommation lors de la reprise mais finissent finalement par reprendre au même rythme : « *Puis j'ai repris petit à petit, ça se passait très bien au début et puis ça a repris progressivement sur plusieurs mois, une première cigarette re-fumée pendant une fête et puis deux à trois semaines qui se passent puis une autre. Puis ça a repris petit à petit après.* » (E5B) ; « *Ça a été des tentations minimales qui sont devenues au final, une reprise.* » (E10A)

Le tabac est un éternel recommencement. Les fumeur·ses fument, arrêtent, rechutent... Cependant, lorsqu'il·elle·s reprennent la cigarette après un sevrage, il·elle·s sont toujours conscient·es des méfais du tabac et envisagent toujours de se sevrer de nouveau peu de temps après : « *Puis on essaye de ré*

arrêter et on recommence et puis on finit jamais quoi. » (E4B) ; « J'ai repris et je me suis dit j'arrête en septembre » (E1B).

Les difficultés évoquées pendant le sevrage, sont principalement, le manque induit par l'absence de cigarette et les nombreuses tentations de l'environnement (l'entourage fumeur, la consommation d'alcool et le café) qui poussent l'ancien·ne fumeur·se à reprendre le tabac.

4.4- Perception par les fumeur·ses des actions mises en place par le gouvernement

4.4.1- Campagnes de lutte anti-tabac/ Prévention

Les personnes interrogées trouvent qu'il y a une réelle différence de génération vis-à-vis de la perception du tabac de nos jours. L'accent mis sur la prévention paraît plus prononcé à l'heure actuelle : *« Je veux dire moi en étant mineur, je pouvais aller chercher des cigarettes à mon père euh... » (E2A)*

Les campagnes anti-tabac les font réfléchir : *« Puis toutes les campagnes bah forcément oui quand on voit toutes les campagnes... ça fait peur quoi faut prendre les devants et se dire, si je ne veux pas finir 6 pieds sous terre à 45 ans... faut peut-être déjà se motiver pour arrêter. » (E7A)*

Cependant, celles-ci sont souvent perçues comme moralisatrices : *« Parce que là pour l'instant, c'est ça en fait, je trouve que la communication est très, toujours moralisatrice... Donc ouais la communication est très moralisatrice du coup, on ne t'apporte pas de solution quoi. On te dit plus, "le tabac c'est mauvais, tu vas avoir une gorge dégueulasse et des poumons tout noirs", mais on ne te dit pas, "bah tiens au lieu de fumer et de faire ça, bah..." enfin plus de solution quoi. » (E8B)*

Les campagnes de lutte contre le tabac se sont améliorées ces dernières années d'après la plupart des fumeur·ses. Malgré une communication perçue comme moralisatrice, la prévention est mise en avant et cela leur paraît essentiel.

4.4.2- Augmentation du prix du tabac

➤ Perception de la hausse du prix du tabac

Le prix du tabac, ne faisant qu'augmenter, impacte certain·es fumeur·ses. Les avis sur la question sont divergents.

- Certain·es se sentent peu concernés par la hausse du prix, puisque quel que soit le prix, il·elle·s iront acheter leur paquet de cigarettes : « Bah ça m'embête mais une fois qu'on a envie de fumer, on se trouve toujours une raison ou excuse pour l'acheter on se dit que oui 10 euros ça ne sera pas non plus un obstacle. » (E5B) ; « Après voilà ça ne me coûte pas énormément d'argent, parce que je ne suis pas une grosse fumeuse. » (E8B)
- Pour d'autres, l'augmentation crée un impact financier qui pourrait les amener à revoir leur consommation : « Peut-être qu'à un moment ça sera un frein mais euh oui à 10 euros ça commence à faire. » (E1B) ; « Je sais qu'il y a des gens qui ont pris conscience du budget qu'ils y mettaient, du coup, ils se sont dits « ouais je vais arrêter de fumer » (E9B).
- D'autres pensent que l'augmentation du prix est une absurdité de l'Etat, qui ne permettra pas de faire arrêter les fumeur·ses : « Le prix pour moi, je pense que c'est une volonté de l'Etat pour qu'on arrête de fumer mais c'est une belle bêtise parce que les gens sont capables de se priver de plein de choses qui sont bien plus utiles à leur santé que de se priver de fumer. Je pense que les gens sont prêts à faire n'importe quoi. C'est stupide, ce n'est vraiment pas la bonne manière. Je suis sûre qu'il y a des gens qui ne mangeront pas pour acheter leur tabac. Ce n'est pas la bonne solution et c'est grave. » (E1B) ; « Ça n'arrêtera pas les gens, enfin moi ça ne m'arrête pas. » (E9B)
- Il·elle·s considèrent la hausse du prix comme une sanction : « Et le gouvernement et euh... comment dire... je trouve la façon d'envisager l'aide pour l'arrêt au tabac assez étonnante, le fait d'augmenter les prix, euh... je ne crois pas que ce soit la solution. » (E3A)
- Quelques un·es estiment que l'augmentation du prix du tabac est un atout, un tremplin pour faire diminuer le nombre de fumeur·ses : « Oui oui déjà ce qui est bien c'est l'augmentation du prix du tabac parce que plus ils augmentent, plus on se dit ça devient cher donc mine de rien même si ça coûte cher, on se force à réduire. » (E7A) ; « Et après en France, bah je pense qu'il faut continuer à augmenter le prix des paquets, parce que quand même ça fait réfléchir, tu vois je pense qu'on est tous conscients du fric qu'on dépense là-dedans et que ça fait vraiment mal. A chaque fois que ça augmente tu essayes d'économiser un peu plus quoi, tes paquets. Donc ouais faudrait augmenter les prix. » (E8B)

➤ *Solutions pour fumer moins cher*

Quelques un·es ont trouvé la solution pour fumer à un prix raisonnable : les cigarettes de contrebande. Il·elle·s se fournissent dans les pays transfrontaliers : « C'est financier bon après on est à Bordeaux, on est pas loin de la frontière, on est pas loin de l'Espagne, je veux dire, je sais qu'on a beaucoup de filières... moi ça fait depuis 5 ans que je fume plus de cigarette française, je veux dire parce que c'est trop cher et que moi pour moi une cartouche ça me fait presque un mois après c'est surtout financier. » (E2A)

Ou à côté de chez eux : « Et puis encore une fois, il y a un problème en France, quand j'étais à Paris, j'étais dans les quartiers un peu... Enfin... au niveau de Villejuif etc. C'était les personnes de Kremlin Bicêtre de médecine, et à ce niveau-là il y a énormément de contrebande de tabac. » (E6B)

La hausse du prix du tabac permet de différencier plusieurs catégories de fumeur·ses : celles et ceux qui se sentent peu impacté·es et qui continueront à fumer quel que soit le prix, celles et ceux qui revoient leur consommation et celles et ceux qui trouvent des solutions en achetant des cigarettes moins chères (cigarettes de contrebande).

4.4.3-Le paquet de cigarettes et avertissements sanitaires

➤ *Le paquet neutre*

La couleur unie le rendrait moins attractif : « *Il y a quand même de la prévention et aussi justement le fait que tous les paquets soient de la même couleur, c'est beaucoup moins attractif le noir.* » (E6B)

Celui-ci impacterait peut-être plus les fumeur·ses de la nouvelle génération : « *Alors le paquet standardisé ça ne sert strictement à rien, euh... ça peut peut-être avoir un effet sur ceux qui veulent peut-être s'y mettre et aux plus jeunes peut-être mais ceux qui fument depuis 10 ans que le paquet il change ils s'en foutent.* » (E7B)

➤ *Les avertissements sanitaires*

Les visuels sur les paquets de cigarettes marquent peu l'esprit des fumeur·ses : « *Je ne regarde même plus, de toute façon, ils ont beau y mettre des images ou faire tout ce qu'ils veulent, c'est euh... moi je prends le paquet, je l'ouvre, je prends une cigarette et puis toute la journée il est dans ma poche, je passe pas mon temps à la regarder.* » (E3B) et paraissent inefficaces : « *Je pense que les trucs sur les paquets de cigarettes ou tout ce qui font pour, à la télé tout ce qu'ils disent, je pense que ce n'est pas ça qui va faire arrêter les gens.* » (E2B)

Pour certain·es, ces photos sont dérangeantes et font peur : « *Parce que quand on regarde les paquets de tabac c'est assez terrible voilà, on a l'impression qu'ils veulent nous faire arrêter de fumer en nous faisant peur* » (E3A).

Elles paraissent irréelles : « *Les photos sur les paquets de clopes avec les cicatrices partout, ouais ouais... ça n'arrêtera personne moi je dis, les cancers de la langue c'est tellement irréel et on le voit tellement sur d'autres problèmes, sur d'autres maladies, où on se dit que ça nous arrivera jamais alors qu'un jour, bah voilà.* » (E9B)

Pour d'autres, les images ne leur font pas peur, mais il·elle·s cherchent tout de même à les occulter : « *Les images dégueulasses sur les paquets de clopes bah non ça marche pas, je pense que ça n'a aucun impact sur euh... la psychologie des gens parce que maintenant ils prennent les cartons pour cacher les images, que ce soit plus joli, plus esthétique.* » (E6A) ; « *Bon les images pour moi, ça ne*

marche pas, après je n'ai pas de retour sur les études et tout mais je n'ai pas l'impression que ça marche, les gens trouvent un moyen de les cacher. » (E8B)

Cependant, elles peuvent être efficaces pour les jeunes qui commencent à fumer : « *Les images honnêtement au bout d'un moment on ne fait plus du tout attention à ça mais elles y sont, donc ça veut dire que pour les premières personnes ça peut être choquant. Il faut garder tout ça. » (E6B)*

➤ *Le 3989*

Neuf fumeur·ses connaissent ce numéro et 2 l'ont déjà utilisé. Cependant, 6 fumeurs sur 19 ignoraient la présence du numéro TIS (Tabac Info Service) sur le paquet de cigarettes et l'ont découvert au cours de l'entretien : « *Je ne savais même pas qu'il y avait un numéro sur les paquets de cigarettes. C'est pas vrai, (elle cherche son paquet de cigarette) le paquet de cigarette on ne le regarde plus. Il y a un numéro ? Alors là... Ah bah oui je regarde pas mon paquet, oh incroyable sous les yeux tout le temps, je ne savais pas. Comme quoi quand on n'a pas envie, on n'a pas envie. » (E1B) ; « Donc vous voyez, c'est la première fois que je le vois... Rires... Vous voyez, vous m'en parlez et c'est la première fois que je le vois. » (E3B). Les 4 personnes restantes ne sont pas informées de ce numéro.*

Les 2 fumeur·ses qui l'ont essayé, n'ont pas été convaincu·es : « *Oh bah non non, ça été une catastrophe. On nous a transféré sur un autre numéro parce qu'on voulait poser des questions par rapport à l'alimentation, euh c'est pour ça c'était bien spécifique oh, la la non non rien, il en est rien ressorti, mais rien de rien. » (E9A) ; « Elle me dit "oui mais parce que ce n'est pas bien de fumer quand même, vous imaginez l'argent qui y passe", moi je n'ai pas envie d'entendre de ça donc, tout de suite ça m'arrête, donc c'est pas le bon truc. » (E9B)*

Quelques personnes ont des avis fermes et négatifs à l'égard de ce numéro sans même l'avoir essayé : « *Je pense que j'ai un préjugé sur ces numéros d'appels en fait, c'est ridicule... je sais pas c'est vraiment pour une urgence et à partir de quand c'est une urgence en fait... et ouais on associe ça aux numéros d'appels SOS suicide, femme battue, machin fin tous les trucs... voilà » (E10A) ; « Ca ne m'inspire pas beaucoup, après des fois, on a des idées, des opinions, ou on pense finalement que ça nous servirait etc. Et on ne fait pas forcément les démarches pour se renseigner ni voir quoi... » (E1A)*

Ou bien, il·elle·s pensent que ce numéro est uniquement fait pour une certaine catégorie de personnes : « *Après c'est beaucoup pour les personnes qui sont en retrait, toutes seules... introverties, fermées. Ces gens, peut-être que oui, par le biais de ce numéro là, avec les groupes en fin de compte, il faut les attraper par ce numéro là et les amener à des groupes parce je pense que la plupart des gens qui téléphonent à ce numéro là c'est des gens qui sont tout seuls, qui ont besoin d'aide. » (E2A)*

Le suivi par téléphone, ne pouvant être réalisé par la même interlocutrice ou le même interlocuteur, semble être un obstacle supplémentaire : « *Hum hum ouais, moi c'est ça qui me gêne sur des choses comme ça, c'est que je trouve qu'il faut un suivi, enfin pour moi je sens que j'ai besoin d'un suivi par une même personne* » (E8A).

Le paquet de cigarettes est peu regardé par les fumeur·ses de manière générale. La présence du 3989 sur celui-ci est ignorée. Les avertissements sanitaires sont à la fois une source de peur et de gêne car quelques un·es les occultent. Mais ils semblent peu efficaces puisque les fumeur·ses poursuivent leur consommation tabagique. Ils pourraient néanmoins faire reculer les jeunes qui entrent dans le tabagisme, le paquet étant moins attractif.

4.4.4- Les nouveaux prescripteurs de TNS et leur remboursement intégral

15 fumeur·ses sur 19, ne sont pas au courant de cette actualité : « *Je ne savais pas du tout.* » (E5B) ; « *Alors je savais pas que c'était 100% et que sage-femme, kiné, dentiste, pouvait prescrire* » (E10A).

Les fumeur·ses informé·es de ce remboursement sont ceux qui ont pu en bénéficier il y a peu de temps (4 sur 19 personnes) : « *Oui je le sais depuis peu de temps. Quand je suis allée chercher mon paquet (de gommes) on en a parlé avec la pharmacienne. Elle a regardé qui pouvait les prescrire. Je le sais depuis un mois.* » (E1B) ; « *Oui parce que ce sont les médecins traitants qui m'ont dit je vous fais une prescription en parlant de cigarette du coup j'ai dit pourquoi et ils m'ont dit parce qu'il y a une prise en charge et effectivement toute façon, ma mutuelle prenait aussi en charge.* » (E9A)

Certain·es savaient qu'il existait un remboursement partiel des TNS : « *Donc là apparemment c'est 100%, d'accord. Je sais qu'à l'époque, on avait le droit à 50 euros par an ou quelque chose comme ça, je ne sais plus.* » (E1A) ; « *Alors je ne savais pas que c'était à 100%, je savais qu'il y avait une partie de remboursée mais pas tout.* » (E7B)

D'autres pensaient que seul·e la·le médecin généraliste pouvait prescrire des TNS : « *Je savais que le médecin traitant oui. Après kiné et compagnie non je ne savais pas du tout.* » (E7B), « *Ces gens-là, ils peuvent nous prescrire des trucs ? Non je ne savais pas. Dentiste pourquoi pas puisqu'il fait des ordonnances, mais les autres je ne savais pas.* » (E9B)

➤ *Perception des nouveaux et nouvelles prescripteurs de TNS*

- ***Bonne perception des nouveaux et nouvelles prescripteurs :***

Les personnes interrogées sont enthousiastes à l'idée de pouvoir être accompagnées par d'autres professionnel·les de santé : « *Ouais bah c'est super. C'est vraiment bien, il faut que les gens le sachent*

mais c'est vraiment bien ouais. » (E7B) ; « C'est très bien, cela va peut-être inciter à commencer à vouloir arrêter, faire un premier pas, c'est une très bonne chose. » (E4B)

Cela pourrait faciliter l'arrêt du tabac puisque les professionnel·les de santé seront plus nombreux à pouvoir accompagner l'arrêt : *« C'est hyper bien. De toute façon tous ceux qui peuvent t'encourager à arrêter de fumer, tout ce qui est fait pour faciliter, le fait que tu arrêtes de fumer, c'est hyper bien. » (E8B)*

Il·elle·s auront également plus de disponibilités pour pouvoir accompagner les fumeur·ses : *« Ah oui tout à fait, déjà l'idée qu'un kiné puisse le faire c'est une bonne chose parce que ça veut dire imaginons j'ai pas le temps d'aller voir mon médecin traitant, je vois mon kiné, je lui dis bah voilà faut que j'arrête de fumer, est-ce que je peux avoir de l'aide c'est plutôt cool même une sage-femme. » (E7A)*

Et il y a aura plus de proximités avec les nouveaux et nouvelles professionnel·les de santé : *« Bah je pense que c'est bien parce qu'on a chacun, chacune, une... on va se sentir plus proches d'eux. Le principal en fait c'est d'arrêter de fumer, donc que ce soit une sage-femme ou un kiné qui prescrivent. » (E10A)*

- **Questionnement par rapport aux compétences des nouveaux et nouvelles prescripteurs :**

Certain·es se questionnent sur l'aptitude de ces nouveaux et nouvelles professionnel·les à prescrire des TNS : *« Bah... Ils ont sans doute des bonnes notions, après est-ce qu'ils sont formés je ne sais pas, mais euh... » (E5B)*

D'autres ne savent pas exactement comment il faut faire pour avoir des TNS : *« Maintenant ça s'est élargi, d'accord. Il faut aller voir un professionnel pour en acheter, on ne peut pas les acheter directement ? » (E5B)*

Quelques un·es sont dubitatif·ves quant à l'organisation du sevrage avec les nouveaux et nouvelles prescripteurs : *« Mais j'imagine qu'ils renvoient quand même enfin un kiné ou un dentiste peut prescrire un substitut nicotinique mais ça suffit pas enfin je sais pas comment ça se passe après mais je me vois mal aller une fois par semaine chez mon dentiste pour ça quoi "rires" » (E8A).*

- **Perception du remboursement**

Le coût des TNS constituait un frein à son utilisation pour certain·es : *« Et moi je le pensais aussi, tu as vu on en a parlé et je te disais ça dépend du prix. Mais tu vois aujourd'hui je n'avais pas du tout envie de mettre de l'argent là-dedans. Donc c'est une super bonne info. » (E8B)*

Le remboursement dans le droit commun motiverait plus de fumeur·ses à arrêter avec des TNS : *« Ouais pour la même raison en fait si on me le conseille et qu'en plus c'est gratuit... c'est une bonne raison. » (E5A) ; « C'est super. Enfin pour moi, qui prime, enfin qui pense, que le patch est la meilleure solution, ça aurait été il y a quelques années où ça nous coûtait un bras, ça aurait un frein énorme. Maintenant, je me dis que j'ai la solution juste au bout des doigts, oui bien sûr, c'est un gros avantage. » (E9B)*

Les fumeur·ses se sentent aidé·es : « Bah je pense que c'est bien mais les non-fumeurs vont encore dire, encore un truc de plus qui est remboursé, c'est beaucoup d'argent mais c'est mieux qu'un accompagnement pour les fumeurs, il y a des gros moyens qui sont développés et on se sent aidés. » (E5B)

- **Manque d'informations**

Toutes ces aides mises en place sont une bonne chose, mais la majorité des fumeur·ses n'étaient pas au courant de ces mesures, ce qui est dommage d'après eux. Cela devrait être plus communiqué :

« Je pense que c'est une très bonne mesure et je pense qu'il faudrait communiquer plus sur ce genre de choses même si euh... c'est peut-être moi qui n'ait pas suivi l'actualité... » (E6A) ; « Par contre c'est dommage pour les trucs comme ça, que personne ne le sache. Je pense que personne ne sait qu'il peut demander à son kiné, ou à sa dentiste une prescription pour arrêter de fumer. » (E8B)

L'élargissement des prescripteurs de TNS n'est pas connu des fumeur·ses de notre étude. Le remboursement des TNS est, quant à lui, uniquement connu de celles et ceux qui ont pu en bénéficier depuis le mois de janvier 2019. Les avis des fumeur·ses concernant ces nouveaux et nouvelles professionnel·les sont divergents. C'est à la fois une bonne initiative du gouvernement puisqu'il·elle·s seront plus nombreux et plus disponibles mais des doutes persistent vis-à-vis de leurs compétences.

4.4.5- Le #MoisSansTabac

Cette campagne d'aide est principalement connue des fumeur·ses via les médias : « Ça passait beaucoup après c'est vrai que le #MoisSansTabac sincèrement c'était bien, c'était bien médiatisé, y avait effectivement... on avait facilement accès à ce site... » (E4A) ; ainsi que par l'entourage qui a déjà essayé d'arrêter avec le #MoisSansTabac : « Ah si, j'ai une amie qui a réussi à arrêter il y a 2 ans au mois de Novembre et qui a continué » (E10A) ; « Et je connais quelqu'un qui l'a fait et qui a arrêté de fumer. » (E2B)

La plupart des personnes interrogées estiment que cela peut être utile mais n'ont pas forcément trouvé que c'était le bon moment ou la bonne période pour arrêter : « Ça arrive, c'est pendant un mois mais je trouvais ça trop subit, pas le temps de se préparer, j'avais l'info mais c'est dans longtemps on verra et puis quand le moment arrive bah tant pis je ne me prends pas au jeu. Je ne m'identifiais pas trop au truc, je n'ai pas accroché. » (E5B) ; « Mais là il se trouve qu'en novembre dernier j'étais au chômage chez mes parents... pff... je n'étais pas dans la dynamique où je pouvais être avec des potes et dire "vas y on fait le mois sans tabac". Je pense que j'aurais été un peu toute seule dans mon "Mois sans tabac". Du coup ça ne m'est pas trop venu à l'esprit. » (E8B)

Il y a également le côté effet de groupe, challenge qui peut attirer : « *Si il peut y avoir un effet de groupe pour essayer d'arrêter, c'est toujours mieux d'être en groupe pour arrêter. Un peu de challenge quoi.* » (E7B)

Le #MoisSansTabac est connu de toutes les interviewé·es via les médias et via leur entourage. Il·elle·s trouvent cette campagne de communication utile. Cependant, aucun·e des fumeur·ses de notre étude n'a réussi à arrêter pendant cette période-là même si certain·es ont essayé.

4.5- Représentations et perceptions des aides identifiées

4.5.1- TNS

Sur les 19 entretiens, toutes les personnes interrogées connaissent les TNS. Dix d'entre elles ont déjà testé les substituts nicotiques (sous forme de gommes, de patchs ou les deux). C'est donc une méthode très connue.

Les avis des fumeur·ses sont divergents. Pour certain·es, c'est une méthode efficace : « *Je pense que j'essayerais le patch par rapport à ce que mon entourage m'a dit, par rapport à l'efficacité, que c'est de la nicotine...* » (E2A) ; « *Je pense que ça ça marcherait du coup, ça ferait en sorte qu'on arrête les clopes, pour mâcher autre chose et ne pas fumer du coup* » (E6A).

Pour d'autres, il persiste une forme de dépendance ce qui rend l'aide inefficace « *Euh bah moi, je pense que tout ce qui est aide avec la nicotine, ça... c'est pas efficace enfin c'est vrai qu'on fume plus, mais il y a quand même une dépendance, on reste sous la dépendance de la nicotine et du coup fin je suis pas totalement convaincue par ça* » (E10A), avec la peur de ne pas pouvoir se passer des TNS sur le long terme : « *Ouais, je sais que je suis accro à la nicotine clairement et je pensais pas à ce point-là sincèrement et je me dis oui je vais arrêter mais combien de temps je vais devoir mettre les patchs en fait ?* » (E4A)

Parmi les facilités à l'utilisation des TNS, il y a :

- Le coût : « *Je trouve pas ça très très cher sincèrement, au final...* » (E4A) qui peut également se transformer en obstacle : « *Après tu as le prix, je ne sais pas combien ça coûte, donc cela ça peut être un frein pour moi.* » (E7B)
- L'accessibilité : « *On peut en avoir facilement en pharmacie* » (E4A).

Parmi les obstacles à l'utilisation des TNS, on trouve :

- Le goût des gommes : « *Des trucs à sucer, un pschitt que vous mettez dans la bouche et que ça vous donne envie de vomir 30 secondes après* » (E1A) ; « *J'ai essayé les trucs à sucer là, c'est dégueulasse, ce n'est pas bon.* » (E3B)
- L'irritabilité en cas d'oubli du patch : « *Là mon humeur changeait complètement dans la journée sans que je m'aperçoive que je l'avais oublié. Soit je me mettais à pleurer et là c'était*

la fin du monde, ma vie c'était horrible... soit je m'énervais sur quelqu'un et du coup effectivement je captais que j'avais oublié mon patch, je le remettais et une demi-heure après, c'était apaisé. » (E4A)

- La mauvaise utilisation des TNS : « *Le seul obstacle, je sais que quand vous mettez un patch euh... il faut éviter de fumer quoi... or ça m'est arrivé de mettre des patchs au début quand j'arrêtais le tabac et de fumer quand même. Forcément, je n'ai pas fumé 20 cigarettes avec un patch mais j'ai fumé peut-être 3-4 cigarettes dans la journée mais mis à part ça voilà. On sait qu'avec le patch, il ne faut pas fumer » (E1A).*
- La peur : « *Ça me faisait un peu peur dans le sens où je me dis si je prends un patch, je me sens vraiment comme un drogué, enfin c'est peut-être ça aussi. » (E6B)*
- La visibilité du patch : « *Les patchs... déjà le côté visible, bon tu peux le cacher sous les vêtements mais bon l'été, les gens ils voient ton patch et je n'aime pas ça, tu as cette distinction-là. » (E7B)*
- La perception d'échec : « *Mais par contre les patchs, je ne me vois pas du tout, parce que pour moi c'est un peu un échec de devoir utiliser un truc externe » (E8B).*

Dix personnes interrogées sur 19 ont déjà testé les TNS. Pour certain·es, c'est une méthode efficace et accessible mais des obstacles persistent comme la peur de développer une dépendance à ces produits, la perception d'échec à arrêter avec aide et le goût des gommages.

4.5.2- La E-cigarette

Sur les 19 personnes interrogées, toutes savent que la cigarette électronique peut être une aide au sevrage tabagique mais seulement 10 personnes l'ont déjà utilisée.

Les patient·es ont connus la E-cigarette grâce à leur entourage. Certain·es parlent d'un effet de mode : « *C'est le bouche à oreille, chacun ayant diminué sa consommation, et m'expliquant que c'était déjà moins cher, j'ai voulu essayer. » (E4B) ; « Mais c'est vrai que la cigarette électronique c'est devenu limite un effet de mode » (E6B).*

Les avis sont assez similaires. Les fumeur·ses ont recours à la cigarette électronique pour diminuer la consommation de tabac. Cependant, pour certain·es, l'utilisation de cette aide maintient une dépendance : « *Pour moi, c'est... la même dépendance en fait il faut faire attention à pas l'oublier, à la recharger, à toujours acheter le liquide en fait » (E10A) ; « Moi, je l'utilise parce que ça m'aide à pas fumer, ça me remplace la clope quoi mais c'est pour ça aussi, je pense qu'il y a un moment où faut se motiver à arrêter la clope électronique... » (E5A)*

Cependant, l'objectif premier du recours à cette aide n'est parfois pas atteint puisque la majorité des personnes ayant testé cette aide ont la sensation d'avoir augmenté leur consommation de tabac : « *J'ai l'impression que ça fait fumer plus enfin tout cas moi je l'utilisais beaucoup alors que les cigarettes comme je les roule tout ça, j'en fume moins alors que là c'est plus accessible, j'ai l'impression que ça prenait plus de place dans ma vie donc ouais ça prenait plus de place ou autant de place... » (E10A)* et

la trouvent donc inutile : « J'ai essayé, presque comme tout mon entourage. J'ai essayé jusqu'au jour où je me suis aperçue qu'en fait je fumais autant avec que sans. Mais c'est vrai que j'ai essayé et ça ne marche pas. » (E9B) ; « Cela dit je ne connais pas grand monde qui a réussi à arrêter de fumer complètement avec ça... » (E5A)

Pour une personne, la E-cigarette peut inciter les jeunes générations à entrer dans le tabagisme : « Limite pour moi la cigarette électronique ça peut même être un mauvais impact, ça va amener une nouvelle catégorie de fumeurs. Par exemple les personnes qui ne voulaient pas fumer de cigarettes vont fumer la cigarette électronique avec tous les goûts, etc. » (E6B)

Pour certain·es, cette aide est plutôt efficace : « Dans votre entourage, il y a des gens qui l'ont utilisé ? Personne 3b: Oui, et qui ont arrêté. » (E3B) ; « Dans les amis il y en a pas mal qui sont passés à la cigarette électronique, en substitut et d'autres qui ont diminués puis arrêtés. » (E5B) mais pour beaucoup, la gestuelle étant la même qu'avec la cigarette, cela rend le sevrage plus compliqué : « Ah ouais effectivement, c'est bien si on veut réduire sa consommation mais par contre ce n'est pas utile, c'est pas la meilleure solution si on veut complètement arrêter parce qu'on a le geste, on a toujours ce petit côté on a la cigarette dans le bouche » (E7A).

Ce qui amènent les fumeur·ses à utiliser cette aide sont :

- Le côté ludique : « Ça je connais, j'ai déjà essayé, c'est plus ou moins agréable, c'est amusant » (E5B) ; « Si on commence la cigarette électronique, c'est limite un jouet » (E6B).
- La facilité d'accès : « J'aimerais bien mais des trucs facilement accessibles pour le moment enfin style la clope électronique » (E5A).

Au niveau des obstacles, nous retrouvons :

- La méfiance vis-à-vis du produit : « Mais c'est assez récent donc on ne sait pas trop ce que ça cache, si ça cache des choses au niveau de la dangerosité. » (E5B)
- Le mauvais goût : « Je suis allé au bureau de tabac, j'ai demandé une cigarette électronique et il m'a conseillé. Je lui ai dit que je fumais tant de cigarettes et tout ça et puis il m'a donné le produit et puis c'était dégueulasse, ce n'était vraiment pas bon. » (E3B)
- La mauvaise utilisation et le coût : « J'ai essayé, ça m'a coûté hyper cher "rires" parce qu'en fait je les égarais toutes partout, je crois que j'avais le truc de fumer voilà quoi vous écrasez votre mégot c'est bon c'est fini, je faisais un petit peu pareil pour la cigarette électronique » (E4A).

Dix personnes interrogées sur les 19 ont déjà testé la E-cigarette. Elle peut être perçue comme une aide efficace et facile d'accès. Elle est surtout utilisée pour diminuer sa consommation et rarement pour arrêter définitivement. Du fait du geste et de la consommation de cigarettes en plus de la E-cigarette, certain·es ont l'impression d'avoir augmenté leur consommation. Les obstacles principaux retrouvés sont la méfiance vis-à-vis du produit, sa mauvaise utilisation, son coût et parfois son mauvais goût.

4.5.3- Les autres traitements médicamenteux

Quatre personnes connaissent l'existence des traitements médicamenteux et parmi celles-ci, l'une d'entre elles a déjà essayé mais n'a pas trouvé cela efficace : « *J'en ai déjà eu mais pour moi, cela ne me faisait aucun effet à l'époque* » (E1A).

Les principaux obstacles à l'utilisation de cette aide sont :

- La non-connaissance et la méfiance envers ces traitements : « *Je n'en ai jamais entendu parlé. Ah mais ce n'est pas un médicament qui peut, ah si j'en ai peut-être déjà entendu parlé, c'est pas un médicament où il faut être vachement suivi, qui peut amener au suicide où je sais pas quoi.* » (E1B) ; « *J'en ai déjà entendu parler de ce truc-là. Le Champix... mais c'est une drogue ça non ?* » (E3B)
- La majorité des personnes interviewées ne sont pas pour la prise de médicaments de manière quotidienne : « *Prendre un médicament régulièrement c'est pareil, on ne sait pas de quoi c'est fait c'est sur quand même du plus ou moins long terme donc euh... c'est peut-être pas terrible, moi ça me donne pas spécialement envie de prendre un médicament tous les jours...* » (E5A) ; « *C'est vrai que moi j'évite de prendre des médicaments, c'est vraiment quand j'ai besoin de les utiliser.* » (E6B)

Une seule personne peut attester de l'efficacité de ces traitements par le biais d'un retour d'expérience : « *Bah ça s'est passé, ils ont été dégoûtés, c'est quelque chose qui dégoûte apparemment... de la cigarette* » (E10A).

Quatre personnes interrogées sur 19 connaissent ces traitements et seulement 1 personne l'a déjà testé. Les principaux obstacles à son utilisation sont la non-connaissance et la méfiance.

4.5.4- Les autres aides

➤ *L'hypnose*

Tou·tes les fumeur·ses interrogées connaissent l'hypnose. Seulement 3 l'ont déjà testée.

Une partie de ces patient·es trouvent que l'hypnose est ou peut-être efficace : « *Donc l'hypnothérapie dont on parlait justement, je pense que c'est ça qui va être le plus à même, le plus ciblé pour moi pour justement m'enlever ces tics. Parce que je pense que c'est plus cela pour ma part, que vraiment une accoutumance. Enfin, il y a l'accoutumance à la cigarette aussi... mais enlever tous ces gestes ouais.* » (E4B) « *C'était après une séance donc c'est assez bluffant et ils n'ont pas repris donc pourquoi pas. Je crois que ça coûte assez cher mais bon c'est vite amorti pour les cigarettes que l'on n'aura pas achetées.* » (E5B), ou qu'elle peut être utilisé en complément d'autres aides : « *Oui mais une petite touche. Si je fais le premier pas pour m'aider... voilà pas en appui pour arrêter, simplement pour parfaire la chose voilà...* » (E9A)

Malgré les avis positifs, il existe aussi des personnes qui ont eu de mauvais retours : « *Et ça a marché ?* Personne 6A : *Un temps oui mais après je crois qu'elle avait des crises d'anxiété et là non non ça a pas marché vu qu'elle fume encore... mais un temps oui...* » (E6A) ; « *Alors hypnose, j'ai une copine qui l'a utilisé, alors c'était très rigolo mais inefficace au possible.* » (E7B)

Parmi les obstacles les plus couramment cités, on retrouve :

- La réceptivité par rapport à l'hypnose : « *Je sais pas déjà si tout le monde est réceptif à ce truc là... ou si y a des gens pour qui c'est mort direct...* » (E5A) ; « *Ah j'adorerais. Mais je ne suis pas réceptif à l'hypnose. J'ai déjà pratiqué et je ne suis pas réceptif.* » (E6B)
- Le coût ainsi que le temps : « *Et je l'ai pas fait parce que je n'avais ni le temps ni les finances derrière* » (E8A).
- L'inégalité géographique : « *Euh alors je crois qu'on en trouve pas partout en tout cas ceux qui font de l'EMDR là mais en tout cas moi ce que j'avais fait on m'avait dit que je devais faire attention, il fallait que ce soit bien maîtrisé et pas faire n'importe comment par n'importe qui, parce que ça pouvait être dangereux aussi ouais et du coup je sais pas...* » (E8A)
- Et principalement la méfiance : « *J'ai l'impression que ça fait un peu charlatan... mais "rires" mais y en a avec qui ça marche aussi... donc là ce sera plus sur recommandation de quelqu'un parce que j'aurais peur de tomber sur un charlatan mais après je ne suis pas fermé à ça non plus effectivement...* » (E4A)

➤ TCC

Sur tous les entretiens, 4 personnes connaissent cette aide. Personne ne l'a utilisée.

Le principal obstacle à son utilisation est donc le manque d'information : « *Je ne serais pas fermé à ça mais tout dépend comment ça se passe après...* » (E2A) ; « *Parce que je suis très bornée et que j'ai vu que notre façon marchait plus ou moins donc je resterai plutôt là-dessus, je pense... donc je vais pas me lancer dans des trucs que je connais pas...* » (E4A)

Il existe aussi d'autres obstacles comme :

- La difficulté à parler avec un inconnu : « *Euh non plus, encore une fois c'est mon trait de caractère, c'est vrai que j'aurais du mal à en parler à des personnes.* » (E6B)
- Le manque de temps : « *Ça ne m'intéresse pas trop, ça doit être trop lourd niveau temps.* » (E5B)
- L'inégalité géographique : « *Bah du coup moi je trouve ça intéressant, je l'ai pas fait parce que géographiquement c'était compliqué mais je trouve ça intéressant* » (E8A).
- Le coût : « *C'est pareil ça doit avoir un prix, je ne sais pas si c'est remboursé* » (E5A).

Néanmoins, même si la plupart des participant·es de notre étude ne connaissent pas cette aide, la majorité pense qu'elle peut être utile : « *Alors pourquoi pas parce que c'est vrai que le tabac est lié à plein de choses, je ne suis pas fermé à ce genre de choses, comprendre pourquoi cette cigarette est là et ritualisée comme ça oui...* » (E4B) ; « *J'aimerais bien le faire même dans le cadre de la bipolarité, je sais que c'est conseillé... il faudrait que... typiquement, je pense que ça, c'est plus ce vers quoi je*

vais me tourner la prochaine fois fin pour que ce soit aussi en lien avec mes addictions en général » (E10A).

➤ L'acupuncture

Sur les 19 fumeur·ses, 18 connaissent l'acupuncture et 3 l'ont déjà utilisée.

Les principaux obstacles à l'essayer sont :

- Le manque d'information et la non-connaissance : « Je ne connais pas donc je ne sais même pas à qui me renseigner donc je suppose à mon médecin traitant mais je connais pas. Je me vois pas passer une journée avec des aiguilles partout » (E1A); « Pas grand-chose, je ne connais pas assez pour en penser quoi que ce soit en fait... » (E4A)
- De trouver la·le bon·ne professionnel·le : « Oui c'est sûr avec la bonne personne, ça peut le faire mais bon c'est vrai que là, j'étais pas convaincu » (E10A) ; « L'acupuncture, je pourrais parce que je connais quelqu'un de compétent » (E3A).
- Les retours d'expériences négatifs : « Oui mon meilleur ami, ça n'a pas du tout marché il est allé chez un charlatan et il s'est handicapé d'un bras pendant la séance, je sais pas il s'est fait pincer, enfin bref il a le bras handicapé. Donc très très mauvaise expérience, l'acupuncture pour lui mais il n'est pas allé chez le bon je pense. Donc du coup c'est à essayer mais avec un vrai professionnel » (E4B).
- Le coût : « Je ne sais pas du tout combien ça coûte donc c'est plus une question de prix et que ça fait un peu sorcière quoi... c'est tout » (E5A).

Cependant, quelques un·es aimeraient découvrir cette aide et pensent qu'elle peut être utile : « Le gros avantage, c'est que je disais tout à l'heure, sur certaines méthodes dont l'acupuncture, y a des gens qui arrivent à être dégoûtés de la clope après des trucs comme ça... moi j'aimerais trop être dégoûté de la clope... » (E5A) ; « C'est quelque chose que j'aimerais énormément pratiquer, j'aimerais bien découvrir l'acupuncture. » (E6B)

Certain·es estiment qu'il pourrait être judicieux de l'associer avec une autre aide : « Mais je pense que ça devrait être associé en tout cas humm je ne connais pas très bien mais que ce soit associé à une thérapie comportementale par exemple, acupuncture avec quelque chose qui agit avec une sensation qui se rapporte au corps quoi et derrière une autre prise en charge autre » (E8A).

➤ L'homéopathie

Seize personnes connaissent l'homéopathie. 6 l'ont déjà testée mais pour une indication autre que le tabac. La plupart des personnes interrogées ne sont pas au courant que cette aide peut être utilisée pour arrêter de fumer : « Vous voyez, je savais même pas que ça existait... donc pourquoi pas même si je suis très terre-à-terre » (E2A) ; « Non je ne savais pas mais j'adorerais fin me soigner par les plantes, j'adore me soigner par les plantes... quand j'ai un petit rhume... après je savais pas que c'était un moyen pour arrêter de fumer... » (E6A)

Quand certain·es sont réfractaires et ne sont pas convaincu·es de son efficacité : « Oui mais j'y suis réfractaire, fin je n'y crois pas » (E3A) ; « Pour l'arrêt du tabac, j'ai du mal à l'imaginer, fin je suis de

moins en moins convaincue par l'homéopathie et ouais pour l'arrêt du tabac, j'imagine pas utiliser de l'homéopathie » (E10A), d'autres aimeraient l'essayer car cette aide leur paraît utile :

« Ça été des choses qui m'ont aidé aussi parce que pour travailler j'avais des crises d'angoisse et du coup y avait aussi un soutien par l'homéopathie donc voilà après je ne saurais pas dire vraiment l'impact, ce que j'ai ressenti... » (E8A) ; « Parce que l'homéopathie j'y crois, ça marche, ça fonctionne, donc pour le tabac pourquoi pas. » (E9B)

➤ *Les autres aides citées par les fumeur·ses*

Quelques personnes nous ont cité le livre pour arrêter de fumer qui est une alternative intéressante pour 3 personnes : « Enquêteur : il t'avait aidé ce bouquin ? *Personne 5b* : Complètement, et aussi ma copine avait aussi arrêté 3 mois avant moi avec ce bouquin et du coup forcément ça aide » (E5B) ; « Le bouquin il y en a un mais je ne sais plus comment il s'appelle, et pour le coup je connais deux personnes qui l'ont lu et les deux ont arrêté, ont dit que c'était génial. » (E8B)

3 personnes nous ont parlé de l'auriculothérapie :

« Non c'est avec un laser, non ce n'est pas la piqûre, c'est un laser qu'elle a fait sur l'oreille juste et le truc qui m'a le plus impressionné, c'est que... fin c'est ce qu'elle dit... mais apparemment depuis qu'elle l'a fait, je sais pas si c'est vraiment venu du jour au lendemain mais en tout cas, contrairement à certaines personnes qui ont arrêté de fumer et qui ont envie à vie de fumer, elle, elle est vraiment dégoûtée de la clope quoi » (E5A).

Trois personnes sur 19 ont déjà testé l'hypnose. Cette méthode semble être efficace pour certain·es mais des obstacles subsistent tels que le coût, la méfiance, le temps et l'inégalité géographique concernant les professionnel·les pratiquant l'hypnose.

Les TCC sont connues par 4 personnes interrogées sur les 19. Le principal obstacle est la non-connaissance malgré le souhait d'en connaître davantage sur cette méthode.

L'acupuncture a été testée par 3 personnes interrogées sur les 19. Les principaux obstacles qui en ressortent sont : la non-connaissance, les retours d'expériences négatifs ainsi que l'impact financier. Elle peut être utile en association avec d'autres aides, pour certain·es des personnes interviewées.

Six personnes sur 19 ont testé l'homéopathie dans un autre cadre que le sevrage tabagique. La non-connaissance et des doutes sur son efficacité sont les principaux freins à son utilisation.

D'autres aides ont été citées par plusieurs fumeur·ses telles que le livre d'Allen Carr pour arrêter de fumer et l'auriculothérapie.

4.5.6- Les « Auto-supports »

➤ *L'application TIS*

Six personnes connaissent cette aide, 4 l'ont déjà utilisée.

Une majorité des personnes l'ayant testée, ont été satisfaites : « Ça donnait tous les jours comment ça allait au niveau physique, qu'est ce qui changeait... et au niveau du porte-monnaie je trouvais ça très drôle en fin de compte... ça donnait tout ce qu'on avait économisé et c'est vrai que c'est motivant, sincèrement, c'est motivant » (E4A) ; « Bah c'est une bonne solution parce que justement ça permet d'avoir un suivi au moins on sait où on en est de sa propre consommation et comment on a évolué dans son arrêt quoi » (E7A).

Celles qui ne la connaissent pas, pensent qu'elle est utile et facilement accessible : « Donc oui ça sert, je pense que ça sert, de se donner des objectifs et de regarder jour par jour si on les atteint, c'est intéressant je pense » (E10A) ; « C'est une aide, oui il faut aller voir. C'est une aide facile à avoir sur soi. On peut l'avoir quand on veut donc euh... ouais je pense que ce n'est pas mal c'est une bonne idée. » (E4B)

Les deux obstacles qui émergent sont la grande diversité dans les choix d'applications disponibles : « Ça reste une appli comme y en a plein je me dis qu'il doit y avoir tout et n'importe quoi... mais après si tu as la bonne appli, ça peut éventuellement marcher mais t'as personne derrière qui te bouge quoi... » (E5A) et le rappel constant de l'arrêt de la cigarette au travers de cette application : « J'ai pas envie de penser à la cigarette et donc le fait d'avoir une application, j'aurais tout le temps en tête "Ah oui je suis en train d'arrêter de fumer, ah bah tiens, j'ai envie de fumer". En plus, sur les motifs (elle lit le carton représentant l'image de l'application mobile) : en plus je vois que ça fait 2 mois que vous avez arrêté de fumer, déjà tu as envie de fumer, tu vois. Tu as l'impression que c'est omniprésent. » (E8B)

➤ *Le site internet d'aide à l'arrêt du tabac*

Dix personnes connaissent ce site, 3 d'entre elles ont déjà navigué dessus.

Quelques personnes pensent que cette aide peut être intéressante pour s'informer et qu'elle est facile d'accès : « Non mais je pense que c'est intéressant de connaître un peu, de s'informer, ça aide aussi à arrêter quoi » (E10A) ; « Je pense que ça peut être facile d'accès et pour tout le monde. » (E4B)

Cependant, la plupart d'entre elles ne l'utilisent pas par méfiance ou par manque d'envie : « C'est pas que je suis réticent des sites internet mais on sait jamais si c'est un vrai si c'est pas un vrai... » (E2A) ; « Non, je connais personne qui a arrêté grâce au site internet pour le tabac. Bah je ne m'identifie pas trop, je n'ai pas envie, ça énerve plus qu'autre chose. » (E5B)

➤ *Les groupes d'entraide sur les réseaux sociaux versus en face-à-face*

Cinq personnes connaissent ces groupes d'entraides sans y avoir participé.

Beaucoup pensent que le fait d'être en groupe peut permettre de communiquer et de s'échanger des conseils. Certain·es le voient comme un challenge : « *Je n'ai jamais fait partie de groupe Facebook d'entraide à l'arrêt mais ouais je pense que ça peut être bien le côté communicateur ouais... je pense* » (E10A) ; « *Ouais en face-à-face, ça pourrait être je me dis, se mettre à deux à arrêter de fumer... ouais à plusieurs à arriver à se tenir un challenge peut être mais après faut que ça aille au-delà du challenge en fait. Je pense qu'au-delà de ça, ça va du respect de soi* » (E8A).

Les principaux obstacles qui ressortent de nos entretiens sont :

- La non-connaissance : « *Non, soit je n'y crois pas, soit je ne connais pas assez, disons que je ne connais pas forcément cette méthode. Moi je sais qu'il y a 2 méthodes qui ont déjà marché sur moi et donc si je dois m'arrêter, je reprendrai celles-ci* » (E1A).
- La discussion avec des inconnu·es : « *Non parce que je sais que je serai très fermé envers des inconnus alors euh... et je pense que dans ces groupes-là faut être ouvert... j'aurais du mal* » (E2A).
- La méfiance vis-à-vis des réseaux sociaux : « *Ça je n'y pense pas parce que je n'ai pas Facebook ou d'autres réseaux sociaux donc je n'irai pas* » (E3A) ; « *Non je suis pas trop fan, des groupes sur les réseaux sociaux... je suis pas fan... moi personnellement, j'étales pas, j'étales pas ma vie hum* » (E4A).
- La localisation des groupes d'entraide en face-en-face et le manque de temps : « *Bah il ne faut pas que ça soit trop loin du domicile, ou du travail. Il ne faut pas que ce soit contraint. Euh... Si j'y allais je préférerais ne connaître personne, et euh... Voilà.* » (E5B)

L'application TIS a déjà été utilisée par 4 personnes sur les 19 interrogées. Elle peut paraître utile et facile d'accès comme l'utilisation du site internet d'aide à l'arrêt du tabac, mais la grande diversité de choix d'applications et le rappel constant de la cigarette en font ses principaux obstacles. Trois personnes ont déjà navigué sur le site internet, mais la méfiance et le manque d'envie sont les principaux freins à son utilisation. Les groupes d'entraides sont connus par 5 personnes. Ils peuvent stimuler certain·es fumeur·ses pour l'arrêt du tabac. La non-connaissance, la méfiance et le fait de discuter avec des personnes inconnues peut freiner les fumeur·ses à utiliser les réseaux sociaux.

4.6- La place du·de la professionnel·le de santé

4.6.1- Le suivi médical du·de la fumeur·se

➤ *Problème de santé induit ou majoré par le tabac*

Certain·es fumeur·ses se rendent compte de l'impact du tabac sur leur santé :

- Le tabac aggrave des problèmes de santé existants : « *Moi ce qui m'encourage à arrêter de fumer aujourd'hui, euh... ce serait par rapport à mon état de santé actuel qui... j'ai fais une radio de thorax il y a un mois mais je tousse de plus en plus et voilà je sais que plus je fume et plus j'attends et plus ça va se compliquer et un jour j'aurais un problème.* » (E1A) ; « *Euh... oui sur le fait que je suis asthmatique, je suis asthmatique donc je sais que fumer c'est encore plus dangereux pour moi que pour une personne sans problème respiratoire déjà latent quoi... voilà.* » (E7A)
- Le tabac entraîne des difficultés respiratoires à l'effort avec une perte d'endurance : « *Je le ressens maintenant au niveau de mes poumons parce que c'est vrai que par moment, je ne tiens plus la distance comme je tenais la distance avant.* » (E2A) ; « *Ah le souffle, je cours je transpire plus facilement. Je pense que ça doit boucher certaines artères ou certaines veines.* » (E4B)
- La consommation de tabac augmente en cas de troubles psychiatriques : « *Je suis en train de monter enfin d'être en phase haute, je sais que mes addictions elles reprennent le pas et bah souvent aussi je me dis qu'en fait je préfère l'addiction à la clope à par exemple d'autres addictions comme l'alcool.* » (E10A)

➤ *Consultations avec des professionnel·les de santé*

La quasi-totalité des fumeur·ses (17 sur 19) interrogé·es savent qu'il·elle·s peuvent être accompagné·es par un·e professionnel·le de santé pour une aide à l'arrêt du tabac.

Les deux tiers (12 fumeur·ses sur 19) ont déjà discuté de leur consommation de tabac avec un·e professionnel·le (la·le médecin généraliste, l'infirmier·e Asalée, la·le tabacologue, la·le gynécologue) et parmi eux, 9 étaient à l'origine de la demande. « *Oui, il y a peu de temps avec l'infirmière Alizée ou Asalée...* » (E1B) ; « *Bah oui avec mon docteur quand j'avais voulu arrêter de fumer effectivement.* » (E4A)

Seulement 2 fumeur·ses n'étaient pas renseigné·es sur la possibilité d'un accompagnement avec un médecin pour le sevrage : « *Ah par son médecin traitant... non ça je savais pas* » (E6A) ; « *Alors concernant la possibilité d'être conseillé et/ou accompagné par un professionnel de santé pour arrêter de fumer... Est-ce que vous savez que ça existe ?* Personne 1A: « *Euh non pas forcément.* » (E1A)

La consommation de tabac peut aggraver des problèmes de santé existants. Quand 17 fumeur·ses savent qu'il·elle·s peuvent être accompagné·es par un·e professionnel·le de santé, seulement 12 en ont déjà discuté avec des praticiens.

4.6.2- Accessibilité

➤ *Délai de rendez-vous*

➔ **Pour la·le médecin généraliste :**

Pour la plupart des personnes interrogées, les délais de rendez-vous sont trop longs : « *Mais bon je pense que le délai est un problème* » (E8B) ; « *Parce que moi par exemple mon médecin traitant j'ai peut-être jusqu'à deux semaines d'attente donc ça c'est un énorme frein.* » (E7B)

Une personne considère que cela lui prend du temps « *Toi-même tu prends du temps à prendre ton rendez-vous parce que tu sais toi même que ça te prend du temps.* » (E8B)

En fonction du lieu de vie, le délai pour les rendez-vous change, notamment en milieu rural : « *Euh... mis à part le médecin généraliste et encore que bon Mr P. qui est mon médecin, faut s'y prendre à l'avance maintenant. Moi c'est mon médecin depuis tout petit. Avant on prenait rendez-vous la veille pour le lendemain, maintenant c'est fini ça...* » (E1A)

➔ **Pour les spécialistes :**

Pour la grande majorité des fumeur·ses, les délais de consultations avec un·e spécialiste sont également considérés comme trop longs : « *Vous prenez un rendez-vous avec un psychiatre, c'est 3 mois d'attente.* » (E1A) ; « *Le dentiste ou même le dermatologue il faut des mois pour avoir un rendez-vous franchement la dermatologue...* » (E6A)

➤ *Difficultés d'accès aux médecins généralistes et spécialistes*

Il existe une inégalité territoriale vis-à-vis de la répartition des professionnel·les de santé en France que ce soit pour les médecins généralistes ou pour les spécialistes. Cependant, la difficulté semble être plus importante concernant l'accessibilité des spécialistes (ophtalmologues, psychiatres, gynécologues) pour 4 fumeur·ses : « *Donc ça en terme d'accessibilité, le psychiatre c'est plus compliqué parce que c'est plus loin voilà et puis c'est cher Bordeaux pour se garer.* » (E8A) ; « *Gynéco c'est pas facile non plus, "rires" il y a un dépeuplement de gynéco dans le sud gironde.* » (E3A)

Pour une personne, la difficulté d'accès réside dans le moyen de locomotion qu'elle utilise : « *Alors la distance, oui parce que je suis en deux roues et que si c'est trop loin non.* » (E9B)

Pour 2 fumeur·ses, la difficulté concerne le manque de temps entre l'activité professionnelle et les rendez-vous médicaux : « *Alors pour moi les difficultés d'accès, c'est que je n'ai jamais le temps d'y*

aller, j'ai un métier qui m'empêche de prendre du temps pour moi du fait de finir à 19h c'est rare et donc bah forcément, je mets de côté ma santé au profit de mon exercice professionnel. » (E7A)

➤ *Facilités d'accès*

La plupart trouve que l'accès aux professionnel·les est facile, quel que soit le milieu dans lequel il·elle·s vivent (urbain ou rural) : « Je trouve qu'il y a quand même beaucoup de médecins surtout quand on vit en ville, donc il y a beaucoup de médecins autour de toi. Ce n'est pas compliqué, en plus maintenant tu as des sites comme Doctolib qui te permetts d'avoir des rendez-vous facilement. » (E8B), « Après nous ici on est quand même bien desservis au niveau médical, que ce soit dentiste, médecins, ostéo, kiné, je veux dire entre Créon, Langoiran on a ce qu'il faut et même si on doit s'écarter un peu, même en radiologie il y a ce qu'il faut, même pour le bio, y a des laboratoires. » (E2A)

Les médecins généralistes sont faciles d'accès car ils sont disponibles : « Lui, il est accessible, il y a des jours où il prend sans rendez-vous et des jours où on appelle et on prend rendez-vous et sinon il y a SOS médecins si mon médecin traitant par exemple est pas là... je vais chez SOS médecins. » (E6A) ; « Oh non, maintenant, on trouve des médecins partout. » (E1A)

La perception de l'accès aux professionnel·les de santé dépend du moyen de locomotion des fumeur·ses et de leur emploi du temps. L'inégalité territoriale, l'éloignement géographique et l'accès difficile concernent surtout les médecins spécialistes.

4.6.3- Vision positive de l'accompagnement par la·le professionnel·le de santé

➤ *Perception positive de l'accompagnement par un·e professionnel·le de santé*

La·le professionnel·le est vu·e comme :

- Un·e guide : « Ouais je pense que si on a quelqu'un à qui rendre des comptes même si c'est bête parce que ça veut dire vouloir dire être fliqué en fait mais c'est peut-être ... et que ce soit un interlocuteur spécifique pour ça et voilà qu'on arrive juste à toucher du doigt pourquoi, comment...et comment être plus fort. » (E8A)
- Une aide : « Bah ouais bah je pense que des professionnel·les de santé ça peut... ça peut aider, d'avoir des rendez-vous et puis je pense que se lancer des objectifs, revoir les personnes...ça donne une aide en plus de nos amis... » (E10A)
- Un soutien : « Bah du soutien déjà, du soutien dans ma démarche. » (E4B) ; « Les effets positifs du coup... c'est que tu n'es pas seul dans ta lutte contre ... fin pour arrêter le tabac. » (E6A)

- Quelqu'un qui apporte des solutions : « *Mais c'est quand même très bien de pouvoir en discuter, essayer de trouver ce qui ne va pas, chercher ce qui pourrait aller.* » (E1B) et qui est à l'écoute « *Le fait de pouvoir échanger, poser des questions, avoir des réponses, peut-être d'être rassurée, ou d'être guidée en fonction de ses besoins.* » (E3A)

Les effets positifs d'un accompagnement par un·e professionnel·le de santé :

- C'est bien, c'est une bonne chose : « *Ouais je pense que c'est bien franchement je pense que c'est bien, ça permet d'avoir un cadre quoi.* » (E10A) ; « *Je trouve que c'est une bonne chose effectivement, une très bonne chose.* » (E7A)
- C'est efficace : « *Comme je vous disais, je pense que si on est accompagné par quelqu'un, ça aurait plus d'effet, on aurait un résultat plus... On aurait de meilleurs résultats si on était accompagné par quelqu'un peut être du coaching ou quelque chose comme ça...* » (E6A)
- C'est réconfortant : « *Je pense que le professionnel de la santé cela me parle parce que d'abord ça concerne la santé et que voilà quoi ça me conforte, ça me réconforte d'avoir un professionnel.* » (E1B)
- C'est une nécessité : « *Si moi je pense que quand on veut arrêter de fumer par toutes les façons il faut se faire accompagner.* » (E2A) ; « *Accompagnement par un professionnel de santé : parce que ça je pense que c'est obligatoire, de faire confiance à quelqu'un qui sait.* » (E9B)

➤ *Perception de l'efficacité d'un accompagnement par un·e professionnel·le (médecins généralistes et spécialistes confondus) dans le sevrage tabagique*

- Pour 11 fumeur·ses, l'accompagnement pour le sevrage par un·e professionnel·e de santé permet d'augmenter les chances de réussite : « *Oui justement, je pense que ça peut augmenter les chances de réussite d'être accompagné.* » (E6A) et de renforcer la volonté de base : « *Les effets positifs ... hum... je pense que ça lui rajoute de la volonté ou... il y a maintien de cette envie de base qui peut être maintenue grâce à ces entretiens-là.* » (E7B)

Le sevrage est vécu comme plus facile : « *Ou peut être par exemple dans mon cas, si j'ai un professionnel qui est là pour m'aider à arrêter de fumer je pense que j'y arriverais...* » (E6A)

L'accompagnement permet d'éviter les rechutes : « *Bah je pense que ça peut être plus ...fin ça peut plus éviter les rechutes enfin le fait, fin les reprises de tabac si on sait qu'on est soutenus en fait fin ça fait un soutien qui est vraiment dédié à ça et c'est toujours bien en plus du soutien des proches.* » (E10A)

Celui-ci est considéré comme la meilleure des aides : « *Alors oui, complètement, je pense que c'est une des meilleures solutions, ça fait partie des meilleures solutions, c'est d'avoir un vrai professionnel de santé qui est capable de vous dire quelles sont les conséquences de l'arrêt sur votre propre situation, de vous suivre, de vous donner des conseils adéquats au bon moment.* » (E7A)

- Pour 4 personnes interrogées, l'accompagnement n'est pas ou peu efficace : « *Euh ouais je pense. Après c'est le problème de chacun, si tu en ressens le besoin à la base, oui ça va t'aider mais pour la personne qui n'en ressent pas le besoin, ça ne va jamais l'aider. Il faut avoir l'envie d'aller voir cette personne à un moment donné sinon ça ne sera pas efficace du tout.* » (E7B) ; « *Non je pense vraiment qu'il faut arriver à se satisfaire de ce patch pour le besoin et après l'échange euh non je pense que ça vient de soi, c'est un support mais ça s'arrête là non, non honnêtement non.* » (E9A)
- Deux fumeur·ses pensent que l'accompagnement peut certainement leur apporter quelque chose mais ils restent dubitatifs : « *Ça ne peut pas les diminuer... je veux dire soit on reste au même niveau soit on augmente nos chances.* » (E2A) ; « *Bah oui ça ne peut pas être un moins, il ne peut pas nous faire fumer plus en tout cas.* » (E5B)

Sur les 7 qui n'avaient jamais abordé le tabac en consultation, ils trouvent finalement qu'une aide apportée par un·e professionnel·le de santé peut être favorable et efficace, au fur et à mesure de l'entretien.

➤ *La place du·de la médecin traitant dans l'accompagnement au sevrage*

A la question « **A quel·le professionnel·le de santé auriez-vous envie de faire appel ?** », 11 fumeur·ses déclarent la·le médecin généraliste : « *A mon médecin, oui c'est quelqu'un... ça fait des années qu'il me suit... on a des très bons rapports aussi... donc effectivement.* » (E4A) ; « *Mon médecin traitant ouais, je pense que c'est la première personne à contacter. Après il nous oriente au besoin.* » (E5B).

La·le médecin traitant est vu·e comme un interlocuteur privilégié qui peut rediriger vers des spécialistes, si c'est nécessaire : « *Je pense que je retournerai vers mon médecin traitant. Clairement, je n'irai pas voir quelqu'un de spécialisé ou peut-être que lui me redirigera vers quelqu'un de spécialisé du coup. Et du coup je suivrais le truc mais en premier lieu ça sera le médecin traitant.* » (E7B)

A la question « **Pour vous, à quel·le professionnel·le peut-on faire appel pour demander des conseils sur le sevrage ?** », 8 personnes répondent la·le médecin généraliste. En deuxième position, se trouve la·le pharmacien·ne (5 personnes) : « *Et le pharmacien en qui j'ai confiance aussi parce qu'il voit défiler mille et un cas donc euh.* » (E9A)

Douze fumeur·ses déclarent la·le médecin généraliste comme la·le professionnel·le la·le plus crédible vis-à-vis de l'accompagnement au sevrage. La·le tabacologue arrive en deuxième position et la·le psychologue en troisième position : « *Euh... le plus crédible ce serait un tabacologue "rires", mon docteur comme je vous dis, il est là pour me diriger après dans la conversation, entre un tabacologue et un médecin, le tabacologue il va aller pousser l'excès, c'est à dire qu'il va vous décortiquer peut être une cigarette et vous dire ça c'est la merde, ça c'est toxique... Je veux dire peut-être qu'un*

médecin le fera pas, après je sais pas comment ça se passe les séances mais voilà mais oui plus un tabacologue » (E2A).

La·le professionnel·le de santé est perçu·e comme un·e guide, un soutien. L'accompagnement par un·e professionnel·le de santé permet d'éviter les rechutes et peut être considéré comme la meilleure des aides pour certaines personnes.

La·le médecin généraliste pourrait occuper une place privilégiée dans l'accompagnement et l'aide à l'arrêt du tabac. Les fumeur·ses se disent à l'aise avec leur médecin puisqu'il·elle les connaît et les suit depuis longtemps. Les patient·es semblent avoir noué une relation de confiance avec leur médecin traitant.

La·le pharmacien·ne peut être également une ressource selon les représentations de certain·es.

4.6.4- Vision négative de l'accompagnement par la·le professionnel·le de santé

➤ *Perception négative de l'accompagnement par un·e professionnel·le de santé*

Le suivi et l'accompagnement par un·e professionnel·le est indiqué par plusieurs fumeur·ses uniquement en cas de forte dépendance : « *Mais peut-être qu'aussi aller voir un professionnel, je ne sais pas si je suis vraiment considéré comme un fumeur donc ça voudrait dire que vraiment, je suis addict d'aller voir un professionnel.* » (E5B)

C'est envisageable pour un·e fumeur·se seulement en derniers recours : « *Est ce que j'irai le voir exprès pour ça? Je ne pense pas. Ou alors il faudrait que vraiment dans 20 ans je fume toujours et qu'il me faille vraiment quelque chose de radical mais je ne suis pas sûr que ça existe. Est-ce que je l'utiliserais ? Donc non.* » (E7B)

Certain·es ne sont pas satisfait·es des échanges qu'ils ont pu avoir avec la·le professionnel·le. Ils rapportent un défaut d'accompagnement de leur part : « *Euh bien après euh... j'étais pas resté sur ma fin mais j'ai eu l'impression que la dernière fois ça m'avait pas forcément apporter plus en fait ... y avait une sorte de sondage, de témoignage, de mon rapport à tout ça et après euh après c'est bon mettez vous une date et arrêtez de fumer "rires" ».* (E8A) ; « *Non il n'y a jamais eu de démarche pour m'aider à arrêter de fumer.* » (E8B) et une absence de prévention, de conseils de leur part même en l'absence de demande d'aide de la part du·de la fumeur·se : « *Jamais, justement jamais le médecin ne m'a jamais conseillé ou indiqué, de comment arrêter de fumer ou ce genre de chose. Il n'y a jamais eu de prévention de leur part.* » (E6B) ; « *Bah non, par contre quand ils me disent « c'est pas bien, il faut arrêter » je réponds «oui je sais » puis ça c'est arrêté là quoi. Tu as l'impression que tu peux trouver l'info ailleurs, plutôt que de l'embêter avec ça.* » (E8B)

Une des personnes interrogée est mécontente puisqu'elle aimerait avoir un suivi avec sa·son médecin mais que celle ou celui-ci est très souvent absent·e et remplacé·e : « *Ah bah je vais le voir, on en parle*

mais le problème c'est qu'il y a pas de suivi le médecin traitant on doit le voir une fois par an, ce sont des remplaçants, qui sont très bien hein, j'ai rien à dire, ils sont à l'écoute, ils sont là, ils vous soutiennent mais y a pas de suivi en continu...c'est délicat..» (E9A)

Certain·es pensent que la·le tabacologue est réservé·e aux « gros·ses fumeur·ses » : « *Ouais, je ne me verrais pas allé voir un tabacologue.* » (E8B)

Un·e des fumeur·ses se questionne sur la supériorité du·de la tabacologue vis-à-vis du·de la médecin généraliste : « *Bah en fait un tabacologue par exemple, je n'en ai jamais rencontré et je ne sais pas ce qu'il peut apporter de plus par rapport à un médecin généraliste qui est vraiment attentionné par rapport à vous, je ne sais pas...ça je me questionne.* » (E3A)

➤ *Les obstacles des fumeur·ses vis-à-vis d'un accompagnement par un·e professionnel·le de santé*

Les fumeur·ses ne se considèrent pas malades au point d'aller voir un·e professionnel·le pour une aide à l'arrêt : « *Je savais que ça existait, mais pour moi à partir du moment où tu vas voir un médecin spécialisé c'est vraiment, vraiment une addiction très forte quoi. Je me considère dans cette partie de la population.* » (E8B)

Certain·es rapportent ne pas avoir de temps à consacrer à une consultation pour une aide à l'arrêt, notamment à cause de leurs activités professionnelles : « *C'est aller à sa rencontre, prendre du temps pour... pour y aller, pour la séance. Pour moi je n'ai pas du tout le temps de faire tout ça.* » (E7B) ; « *Alors pour moi les difficultés d'accès, c'est que je n'ai jamais le temps d'y aller, j'ai un métier qui m'empêche de prendre du temps pour moi fin de finir à 19h c'est rare et donc bah forcément, je mets de côté ma santé au profit de mon exercice professionnel.* » (E7A) ou n'ont pas envie de se déplacer uniquement pour ça : « *Tu vois une personne comme moi, par exemple, ça m'aidera peut-être sur le moment mais il faut que je me déplace, ça je ne le ferai pas.* » (E7B)

Un tiers sont mécontents du discours tenu par les professionnel·les lorsqu'il·elle·s abordent le tabac. Pour eux, le discours est culpabilisant et les professionnel·les sont dans le jugement : « *Il m'a dit le tabac mais du coup il était dans le jugement, euh que ce n'est pas bien qu'il faut arrêter mais par contre sans donner de pistes, sans rien, là j'ai trouvé que c'était rude, que c'était pas sympa, que c'était pas professionnel.* » (E1B) ; « *Les pneumologues ont un jugement toujours très dur et que je ne trouve pas bienveillant et que je comprends, c'est leur boulot.* » (E9A)

Le discours peut être également perçu comme moralisateur : « *Je sais donc je n'ai pas envie qu'on me rabâche encore et encore que ce n'est pas bien, que ci, que ça. Moi ce que j'ai envie de savoir, même si je le sais, quand même un petit peu c'est comment je vais pouvoir diminuer suffisamment pour arrêter un jour... ah je l'ai dit (le mot arrêter). Et... que ça va bien se passer et que de toute façon il y aura toujours quelqu'un ou quelque chose pour m'aider à ça. J'ai pas envie qu'on me dise » ouais ça va être dur, ça va être difficile », tout ça on le sait. » (E9B)*

Quelques un-es souhaiteraient à la limite un premier rendez-vous pour avoir des informations concernant le tabac, mais il·elle·s ne souhaitent pas être suivi·es dans le temps : « *Oui moi j'utiliserais plus un professionnel pour qu'il me dise, qu'il m'oriente vraiment sur le début, c'est tout. Pas sur un suivi régulier.* » (E5A) ; « *D'abord, moi j'irai en amont pour lui demander des conseils. Et ensuite, tu irais le revoir ?* Personne 8B : « *Non, je ne pense pas.* » (E8B) Ce premier rendez-vous pour certain-es ne fera pas l'objet d'une consultation spécifique pour le tabac mais le sujet viendra au cours de la consultation : « *Bah...je n'ai pas tendance à aller souvent chez le médecin et je me vois pas ... sauf si vraiment je suis...fin je ne vais pas prendre un rendez-vous que pour le tabac en fait, je vais chez le médecin, j'arrive avec plusieurs choses même si c'est important. Je ne suis pas consommatrice de médecin du coup voilà.* » (E3A)

Certain-es pensent que l'aide d'un·e professionnel·les est inefficace à partir du moment où ils ne sont pas prêt·es à arrêter : « *Moi dans mon cas personnel ça viendra de moi, donc même si j'en parle au médecin ou à un psy ou un psychiatre ou je ne sais quelle personne en conseil, euh... elle n'y arrivera pas, Je pense qu'une personne n'arrivera pas à me convaincre.* » (E6B) ; « *On peut être accompagné mais si vous n'avez pas décidé, si vous n'avez pas la force de caractère le moral etc.. pour arrêter, vous aurez beau être accompagné, si cette personne n'arrive pas moralement, psychologiquement à vouloir arrêter, vous pouvez rien faire, vous pouvez pas l'aider... fin c'est ce que je me dis.* » (E1A)

Certaines personnes ne sont pas satisfaites des échanges qu'il·elle·s ont pu avoir avec leurs professionnel·les de santé : défaut d'accompagnement et manque de prévention vis-à-vis des méfais du tabac. Le discours tenu par les professionnel·les de santé, notamment des spécialistes, est perçu comme moralisateur et culpabilisent les fumeur·ses. Celui-ci est mal vécu surtout lorsque la·le fumeur·se n'est pas dans une démarche d'arrêt. Les autres obstacles à l'accompagnement par un·e professionnel·le de santé sont le manque de temps et l'absence d'envie.

4.6.5- Techniques utilisées par la·le professionnel·le de santé, rapportées par le patient·e fumeur·se

➤ *La question du tabac en consultation*

Pour 12 fumeur·ses sur 19, un·e professionnel·le a abordé le tabac en consultation. Ils ont posé la question « fumez-vous ? » et ont conseillé les fumeur·ses : « *Ils m'ont proposé de m'aider. Ils m'ont donné des adresses, on m'a même donné des trucs de soutien.* » (E2B) ; « *Euh... Alors moi c'est mon médecin traitant, il ne m'a pas mis le pied à l'étrier mais il m'a donné des conseils.* » (E7B)

Ou ils ont uniquement posé la question « fumez-vous ? » et ne sont pas allés plus loin : « *En tout cas ceux que j'ai croisés, ils se contentent de dire, "c'est pas bien" mais ils ne disent pas, enfin ils ne te donnent pas de solution.* » (E8B) ; « *Euh oui ils ont dû me poser la question si j'étais fumeur ou non, en préambule de la consultation pour remplir mon dossier.* » (E5B)

Certain·es professionnel·les abordent le tabac au moment de la prescription d'un traitement : « *Les gynéco avec la pilule me posent la question.* » (E8B) ; « *Alors oui, bien sûr, parce qu'avant je prenais la pilule, donc forcément on me posait la question à chaque fois, et pour demain l'anesthésiste m'a demandé, alors il y a pleins de gens qui me demandent.* » (E9B)

D'autres fumeur·ses rapportent que des professionnel·les leur ont proposé des TNS : « *On avait fait un essai il y a 2 ans, on avait discuté, elle m'avait fait justement le test de ... je ne sais plus quoi... et puis on était partis pour moi sur des gommes.* » (E3A) ; « *C'est eux qui me l'avaient proposé. Ils m'ont demandé si je fumais et ils m'ont proposé les patchs.* » (E2A)

D'autres professionnel·les délivrent un message et sous-entendent qu'il·elle·s seront disponibles si la·le fumeur·se le désire : « *Non parce que je n'ai pas été plus loin que ça. Quand il me l'a dit, euh... Il m'a dit tu reviendras, et je t'accompagnerai mais du coup je n'ai pas été jusque-là.* » (E7B) ; « *Non enfin juste ma dernière visite médicale du travail euh...je sais qu'elle m'a demandé et du coup elle m'a dit que si je voulais être aidé...* » (E4A)

Les patient·es pensent que la·le professionnel·le a l'obligation d'aborder le tabac en consultation : « *Bah oui ils sont obligés, ils ont une obligation de parler de ça.* » (E4B) ; « *Hum oui et les médecins généralistes, ils demandent quasiment tout le temps.* » (E5A)

➤ *La perception de la fréquence du suivi par un·e professionnel·le pour un sevrage réussi*

Les fumeur·ses sont unanimes pour dire que le suivi pour un sevrage tabagique doit être complet, c'est-à-dire avant la prise de décision, pendant le sevrage et quelques mois voire années après pour s'assurer de la stabilité de celui-ci : « *L'accompagnement il se fait avant pendant et après, parce qu'en fait ça va ensemble c'est que ... Je sais qu'une personne qui arrête de fumer la première fois, a énormément de chances de replonger donc l'accompagnement, c'est quand une personne arrête de fumer, c'est le premier pas. Après il faut continuer d'arrêter de fumer, ça j'en ai énormément conscience également. Donc euh l'intervention doit se faire du début jusqu'à la fin avec honnêtement même le suivre, ça peut paraître bête mais même 5 ans après qu'il est arrêté de fumer pour pas qu'il ne retouche à la cigarette.* » (E6B) ; « *Avant, moi si j'allais voir mon médecin traitant pour arrêter de fumer, j'espère qu'elle me suivrait jusqu'au bout. J'espère qu'elle serait là à chaque fois que j'ai besoin d'elle quoi. Et de ça avant jusqu'à ce que je sois sevrée.* » (E9B)

La question du tabac est souvent abordée en consultation puisque 12 fumeur·ses ont été interrogé. Cette interrogation s'arrête visiblement souvent à la question « fumez-vous ? ». Certain·es pensent que les professionnel·les ont l'obligation de parler du tabac en consultation. Il existe une contradiction vis-à-vis de l'accompagnement par un·e professionnel·le de santé : même si dans l'idéal il·elle·s sont d'accord pour dire que la·le fumeur·se en demande d'aide doit être accompagné·e et suivi·e sur le long terme mais il·elle·s indiquent ne pas avoir l'envie ni le temps pour le faire.

4.7. Leur programme « idéal » d'aide à l'arrêt

4.7.1- Description de leur programme idéal

Lors de la présentation d'images, leur permettant d'imaginer leur programme d'aide idéal, nous nous sommes rendu compte de certaines divergences dans leurs propos.

- **Quinze personnes ont choisi l'image « Accompagnement par un·e professionnel·le de santé » dont 2 d'entre elles, l'accompagnement par la·le pharmacien·ne :** « *Je pense que le professionnel de la santé cela me parle parce que d'abord ça concerne la santé et que voilà quoi ça me conforte, ça me reconforte d'avoir un professionnel.* » (E1B) ; « *Parce que ça je pense que c'est obligatoire, de faire confiance à quelqu'un qui sait.* » (E9B)

Beaucoup rapportent l'importance de recevoir des conseils et du soutien par un·e professionnel·le de santé : « *Donc si demain je trouve effectivement un·e bon·ne médecin, je pense que ça me ferait du bien de lui en parler, justement pour lever ce genre de frein, c'est-à-dire que si demain je lui dis "Bah j'ai l'impression d'avoir pris du poids" et qu'elle me dise "Non non c'est psychologique, parce qu'en vrai blabla..." je dirais "Ah ok". Donc c'est toujours bien.* » (E8B)

- **Treize personnes ont choisi l'image « Programme sportif et changement de vie » :**

Cela peut être rapporté au stress, au besoin de libérer des tensions au moment du sevrage : « *Je sais que quand on arrête la cigarette on est pas plus stressés, on est même moins stressés mais dans ma perception, j'ai l'impression qu'il faudrait que je fasse plus de sport pour compenser. Et ça, j'ai déjà arrêté pendant longtemps la cigarette grâce au sport.* » (E10A) ; « *Je pense que si je me bouge un petit peu, ça me permettrait au moins d'éliminer des tensions* » (E3A).

Beaucoup aimeraient réaliser ce changement de vie et remplacer la cigarette par le sport : « *Ça peut changer la vie et du coup je verrai bien remplacer par le sport la cigarette, ça oui. Ça je l'envisage, je peux.* » (E1B) ; « *Le programme sportif nécessairement l'arrêt de la cigarette euh... ça veut dire changer de vie pour un rythme de vie plus sain donc reprendre le sport, être plus à l'aise, reprendre le contrôle de son propre corps* » (E7A).

Cela peut être aussi pour éviter de prendre du poids : « *Et ça, c'est pour éviter les 10 kg en trop...voilà* » (E4A).

- **Dix personnes ont choisi l'image « Substituts nicotiques / médicaments » :**

« *Les patchs parce que ça a déjà marché sur moi et si je vais voir un tabacologue, avec peut-être d'autres médicaments donc pour moi c'est le programme idéal parce que ça a marché 2 fois donc pourquoi pas 3 fois.* » (E1A)

La plupart d'entre eux trouve cela nécessaire pour pallier au manque de nicotine : « Bah il faut y passer, je ne peux pas arrêter sans » (E4A) ; « Les substituts parce que je pense que la nicotine vu qu'on fume tous les jours, on peut pas s'en débarrasser du jour en lendemain. » (E7A) ; « Les substituts : ça c'est obligatoire, je pense que c'est physique et psychologique. » (E9B)

- **Dix personnes ont choisi l'image « Faire des économies » :**

« Et ouais faire des économies c'est aussi un truc important. C'est quelque chose que je veux faire en tout cas, mettre l'argent que je ne mets pas dans les cigarettes de côté quoi. » (E10A)

« Alors faire des économies, bah tout simplement parce que voilà j'ai envie de m'acheter un salon de jardin donc forcément il faut que je fasse des économies » (E6B).

- **Neuf personnes ont choisi l'image « Conseils nutritionnels » :**

Notamment, par peur de la prise de poids :

« Bah voilà, quand on arrête de fumer on sait bien que la cigarette c'est un coupe-faim, un brûleur, je ne sais pas quoi, tout le monde quand il arrête de fumer prend du poids, ça grignote, ça compense et il va falloir que je me fasse aiguiller, mais c'est vrai que c'est une vraie crainte ça. » (E4B)

Mais aussi pour avoir un meilleur équilibre de vie :

« Ça peut être tout un package où tu te dis : je me remets au sport, je bouffe bien et j'arrête la clope pour enfin avoir une vie saine. En plus je pense qu'on arrive à l'âge où il faut vraiment commencer à arrêter de bouffer n'importe quoi et vivre n'importe comment quoi. » (E8B)

- **Sept personnes ont choisi l'image « Soutien par quelqu'un de son entourage » :**

« Le soutien mine de rien c'est quand même quelque chose de très important. Moi je suis quelqu'un qui fonctionne beaucoup à l'entourage, je suis très très proche justement de mes amis, de ma famille... Donc euh le soutien de mon entourage est quelque chose de très utile et primordiale. » (E6A)

- **Cinq personnes ont choisi l'image « Programme planifié » :**

« Et programme planifié, ouais je pense il faut que je me dise fin que je me donne des objectifs dans des temps donnés et pas trop élevés au début fin faire progressivement, planifier l'arrêt » (E10A).

- **Quatre personnes ont choisi l'image « Soutien en groupe » :**

« Et je pense qu'un soutien en groupe, ça peut permettre de, de planifier ça, de voir, aussi de pas rester toute seule dans mon coin à arrêter enfin de pouvoir comparer avec les autres et trouver des solutions ensemble fin avoir du recul sur ma consommation et du soutien » (E10A) ; « Si il peut y avoir un effet de groupe pour essayer d'arrêter c'est toujours mieux d'être en groupe pour arrêter. Un peu de challenge quoi. » (E7B)

- **Quatre personnes ont choisi l'image « Recevoir des récompenses » :**

« Et recevoir des récompenses parce que bah je pense que c'est l'image qui fait ça, quand tu vois des cadeaux, forcément tu as envie de la prendre. Rires... Et en plus je pense que c'est une fierté pour toi

d'arrêter de fumer alors si en plus, tu reçois des petits, enfin je ne sais pas ce que ça peut être, mais des petits cadeaux qui te disent « bravo ça fait 3 mois que tu as arrêté », bah dans ce cas, tu te dis cool je suis sur la bonne voie. » (E8B)

- **Trois personnes ont choisi l'image « Application TIS » :**

« L'application d'aide à l'arrêt je veux le faire, je vais le faire par curiosité et y aller peut-être une fois du coup je suis quand même obligé de la garder » (E5A) ; « Et puis l'application qui nous suit sur notre téléphone, qu'on peut consulter à tout moment, ça peut être un bon complément » (E5B).

- **Deux personnes ont choisi l'image « Identifier les professionnel·les de santé » :**

« Bah ouais, parce que pas d'informations ou je ne suis pas allé les chercher encore, donc c'est un travail qu'il faut que je fasse et vite. » (E4B) ; « Identifier les professionnels de santé près de chez moi qui peuvent m'aider : euh c'est bien de savoir qui on va aller voir. Je trouve ça pas mal et de savoir qu'on en a surtout. » (E9B)

- **Deux personnes ont choisi l'image « E-cigarette » :**

« La cigarette électronique, je suis obligé de le mettre parce que c'est ce que j'utilise et parce que je trouve que c'est quelque chose qui marche hyper bien en tout cas pour arrêter la clope mais je pense que la difficulté c'est qu'après il faut faire un programme pour se passer de la cigarette électronique quoi... » (E5A)

- **Deux personnes ont choisi l'image « Recevoir le kit d'arrêt » :**

« Un kit d'aide à l'arrêt, ça peut être intéressant pour essayer de faire tout ça » (E7A) ; « Recevoir le kit, limite c'est ce que j'aimerais qu'il se passe. » (E7B)

- **Une personne a choisi l'image « 3989 » :**

« Je trouve que de pouvoir téléphoner à quelqu'un et de pouvoir en parler c'est bien. » (E1B)

- **Une personne a choisi l'image « Témoignages auprès des fumeur·ses de votre région » :**

« Et ça je pense, ouais ça pourrait vraiment, parler de nos misères ensemble, se donner des astuces, ça j'y crois après euh le reste non parce qu'après c'est vraiment dans sa tête et ça je pense que ça peut être que positif, de voir des échecs, c'est positif donc voilà » (E9A).

- **Une personne a choisi l'image « Annuaire en ligne des professionnel·les » :**

« C'est bien quand on veut avoir un professionnel de santé au bout du fil, c'est bien d'avoir un annuaire. » (E9B)

- Une personne a choisi l'image « #Mois sans tabac / challenge » :

« Oui c'est vrai je connais quelqu'un qui l'a fait, après il y a des pubs à la télé donc on ne peut pas passer à côté de toute façon. Et je connais quelqu'un qui l'a fait et qui a arrêté de fumer. Ça c'est sûr. » (E2B)

- Une personne a choisi « Valise du participant/soutien via des messages en ligne » :

« Je pense que c'est bien ça aussi, tous les jours on fait une croix et ça pousse à un autre jour, ce n'est pas mal aussi. » (E2B)

- Une personne a choisi l'image « Accompagnement santé en ligne » :

« Je me dis qu'il y a pas mal de choses à faire et des choses peut-être pas mal. » (E7B)

- Aucun·e des interviewé·es n'a choisi les images « Soutien groupe en ligne », « Affiches et flyers de soutien / informations d'aide à l'arrêt » et les deux images vierges.

4.7.2- Par quels moyens souhaiteraient-ils voir diffuser leur programme d'aide « idéal » ?

➤ L'impact des médias

La plupart des personnes interrogées pensent que le support doit être adapté à chaque génération.

Les réseaux sociaux ont un impact fort auprès des jeunes générations alors que la presse écrite est plus accessible auprès des sujets plus âgés :

« Je pense que le plus simple ce serait par les réseaux sociaux ou par les courriers ... » (E10A) ; « Bah après ça dépend l'âge si c'est plutôt jeune, aller vers les réseaux sociaux, si c'est plus âgé, vous pouvez taper dans le journal. » (E4A)

Pour certain·es, la télévision, la radio ou les spots publicitaires peuvent également être utilisés pour diffuser un message :

« Oui parce que beaucoup de gens écoutent la radio, je pense, ouais après aux heures de pointe c'est à dire entre 7h30-8h30 faire ça entre le journal et la météo comme ça quand tout le monde a fini le journal, ils sont obligés d'attendre la météo... » (E2A) ; « Ça serait par la télé. Les images sont de plus en plus fortes, on le voit maintenant, on a tellement besoin d'avoir une image collée à une voix, on a besoin de voir une image. » (E6B)

Internet est aussi un média intéressant pour quelque uns·es d'entre eux, notamment, la plateforme Youtube :

« Après si on veut des cibles plutôt jeunes il faudrait utiliser les réseaux type Youtube ou tout ça... » (E7B) ; « Je trouve que les pubs obligatoires sur Youtube, ça fait chier tout le monde, et en fait bah les pubs tu les regardes parce qu'en fait tu n'as pas le choix, donc si c'était un truc rapide en mode, je ne

sais pas comment ça pourrait être dit mais “ vous arrêtez de fumer... il y a ça comme solution ” ça je pense que ça pourrait marcher... Euh... après tu as quand même Facebook qui est super utilisé aussi. » (E8B)

Les salles d’attentes et les endroits publics peuvent également être des lieux de communication : « Et du coup dans ces lieux, des salles d'attentes, c'est là où la prévention peut être bien, c'est là où souvent on capte mal donc on se passe de nos téléphones et on va avoir tendance à s'intéresser à autre chose, qui viennent vers nous. » (E6B)

Deux personnes ont aussi parlé du bouche à oreille comme moyen de communication : « Alors moi vraiment du coup y a eu ce truc de bouche à oreilles fin parce que le mois sans tabac, j'ai vu les affiches ensuite c'est parce que j'ai appris qu'il y en a qui sont allés voir des médecins pour ça. » (E8A)

➤ *Quels types de messages ?*

Quand 11 fumeur·ses sur 19 souhaitent diffuser un message positif en employant des messages de prévention et de réassurance pour faire connaître leur programme d’aide idéal, 6 préféreraient une méthode « choc » pour sensibiliser les fumeur·ses par la peur. Deux fumeurs ne se prononcent pas.

- Ceux qui souhaiteraient diffuser un message plus positif :

« Je ne sais pas... un jeu de mot « Gagnez » après il faut le trouver. « Gagnez sans rien faire » et sans rien faire signifierait ne pas fumer. Pour montrer qu'il n'y a que des points positifs en tout cas d'arrêter de fumer. » (E5B) ; « Du coup je présenterais plus les solutions, en disant que c'est hyper simple, c'est 100% remboursé et juste aller en parler avec votre pharmacien ou tu vois quelqu'un de quartier, enfin d'à côté, ou renseignez-vous sur tel truc mais dire qu'il y a les comprimés, qu'il y a si, qu'il y a ça. Et depuis 1 an c'est 100% remboursé donc vous ne débourserez pas un sou. » (E8B)

- Et ceux qui utiliseraient un message « Choc » :

« Mais je pense qu'il faudrait être choc » (E2A) ; « Bah honnêtement ce qui fonctionne chez la personne, de ce que je m'en rends compte c'est la peur. Quand on crée la peur chez une personne, elle va avoir tendance à arrêter » (E6B).

- La majorité des personnes interrogées a insisté sur l’importance de la prévention du tabac.

Certain·es estiment qu’elle est suffisamment présente...

« Je trouve qu'il y a beaucoup de prévention, beaucoup de communiqués qui sont fait, de toute façon les plus marquants souvent c'est à la télé. Il y quand même beaucoup de campagnes contre le tabagisme... euh... Après elles pourraient être plus percutantes. » (E6B) ; « Je pense que oui mais on ne s'en rend pas compte et s'il n'y avait aucune prévention aussi les personnes fumeraient, donc oui elles sont efficaces, mais peut-être que l'on ne s'en rend pas compte. » (E6B)

...D'autres pensent que celle-ci reste insuffisante pour la jeune génération :

« La prévention par rapport aux jeunes ou même des gens qui commencent un peu tard mais des jeunes quoi. Il faut les préserver de ça, les prévenir de ce que c'est réellement. La prévention vraiment à fond à fond. » (E1B) ; « Je pense qu'il y a aussi une bonne marge de progression, je pense, à faire sur la prévention que ce soit comme dans les écoles...dans tout... » (E2A)

La télévision, la radio, les spots publicitaires, internet, les réseaux sociaux, la presse et le bouche à oreille constituent des supports adéquats pour diffuser un message. Ils sont à adapter aux cibles : les réseaux sociaux et Internet pour les jeunes et la presse papier pour les sujets plus âgés. Pour diffuser leur message, une majorité préfère utiliser un message « positif » plus qu'un message « choc » axé sur la réassurance et la prévention.

Sur 22 images proposées, les 6 images qui ressortent le plus dans le programme d'aide idéal au sevrage sont :

ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL DE SANTÉ



SUBSTITUTS NICOTINIQUES / MÉDICAMENTS



SOUTIEN PAR QUELQU'UN DE SON ENTOURAGE



PROGRAMME SPORTIF / SOUTIEN CHANGEMENT DE VIE



FAIRE DES ÉCONOMIES



CONSEILS NUTRITIONNELS



5- DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les leviers mobilisables chez les fumeur·ses pour favoriser leur demande d'aide auprès des professionnel·les de santé de proximité, afin de les accompagner dans leur arrêt du tabac. Cet accompagnement améliorant considérablement les chances de réussite.

Les objectifs secondaires sont de développer les connaissances sur les meilleures stratégies d'intervention, en cohérence avec les représentations des patient·es et d'apporter des éléments contributifs pour construire la stratégie de marketing social du projet L.A.S.T.

D'après l'étude de Smith *et al* parue dans le British Medical Journal, la moitié des fumeur·ses ne se font pas soutenir pour arrêter de fumer (47). Les principaux freins identifiés sont : le coût, la difficulté d'accès, la méconnaissance ou les fausses idées sur l'efficacité et la sécurité des traitements (47). Concernant ceux qui ont recours aux aides, c'est par le biais de l'expérience des proches et des professionnel·les de santé.

L'arrêt en autonomie semble plutôt renforcer une certaine fierté d'elles et eux-mêmes (47).

Cependant, une autre étude de D. Hammond *et al* met en évidence que si les fumeur·ses se faisaient aider, 66 % aimeraient avoir recours aux professionnel·les de santé (48).

Notre étude relève aussi des représentations et perceptions très variables selon les personnes, mais également ambivalentes pour certaines d'entre elles.

5.1- Les limites de l'étude

5.1.1- A propos de la méthode

Notre étude présente des forces mais aussi des limites.

En qualitatif, le souci n'est pas la représentativité de l'échantillon, mais sa diversité. Le fait que l'échantillon soit issu de deux départements n'est donc pas un problème. Dans la population étudiée, la répartition Femme-Homme est équilibrée avec 9 Femmes pour 10 Hommes, ce qui n'est plus très loin de la réalité épidémiologique (28,2 % d'hommes fumeurs quotidiens en France contre 22,9 % des femmes en 2018) (49).

Par contre, on se rend compte que les tranches d'âge ne sont pas toutes bien représentées. En effet, quand 8 fumeur·ses sont recruté·es dans la tranche d'âge 25-30 ans, il y a seulement 1 personne dans la tranche d'âge 46-50 ans. Néanmoins, les caractéristiques sont variées, pour tous les critères choisis, ce qui a permis de nuancer l'échantillon (sexe, âge, lieu de résidence et niveau socio-économique).

Lors du recrutement à Bordeaux, nous avons recruté des sujets dans notre entourage, répondants à nos critères d'inclusion et d'exclusion.

Il est cohérent que la tranche d'âge la plus âgée soit moins représentée sur des stades intention et préparation, car le nombre de fumeur·ses diminue au-delà de 45 ans et les stades sont souvent plus avancés.

Concernant notre recrutement, il y a un biais de volontariat puisque les fumeur·ses ont été sélectionné·es par ce moyen.

Il existe un biais de migration puisque parmi les patient·es recruté·es et volontaires, 4 n'ont jamais donné suite par manque de temps, mais nous avons largement atteint la saturation des données.

La façon d'interviewer a pu influencer les réponses des fumeur·ses du fait d'un manque d'expérience et de formation des 2 thésardes dans le domaine de la recherche qualitative, ce qui a pu entraîner un biais d'investigation. Le biais de désirabilité sociale peut être difficilement évité, mais ne nous a pas semblé important, à la lecture des réponses obtenues.

5.1.2- A propos des images

Nous avons demandé aux personnes interrogées de choisir 3-4 images principales et 2 images accessoires. Or, les fumeur·ses n'ont pas toutes sélectionné le même nombre. Cela a pu impacter nos résultats.

De plus, les images « Hypnose » « Acupuncture » « Homéopathie » n'apparaissaient pas dans celles que nous propositions puisque ces aides ne sont pas validées scientifiquement.

10 fumeur·ses avaient exprimé le souhait d'utiliser l'hypnose, 5 l'acupuncture et 3 l'homéopathie comme prochaine aide. Il est possible que si ces images avaient été proposées, elles auraient été choisies. Or, sur les images vierges mises à disposition des fumeur·ses, ces aides ne sont jamais apparues.

Par rapport à l'image "Substituts nicotiques - Traitements médicamenteux", nous pensons que la majorité des personnes interrogées ont choisi cette image par rapport aux TNS. Cependant, au vu de l'intitulé, il est possible qu'il y ait eu un amalgame. Certain·es pouvaient l'avoir choisi pour les traitements médicamenteux (varénicline et bupropion) mais nous ne pouvons pas en estimer le ratio.

5.2- Les forces de l'étude

5.2.1- Choix d'une étude qualitative

Le choix de la méthode qualitative (50) s'est imposé devant l'intitulé de notre question de recherche puisque cette méthode permet de renseigner les obstacles rencontrés, la manière de les percevoir et de les surmonter pouvant expliquer les réussites / les échecs de tentatives mises en œuvre, comme il est question dans notre étude.

Le mode semi-directif permettait de mener un entretien en face-à-face à l'aide du guide d'entretien. Les questions ouvertes n'étaient pas forcément abordées dans l'ordre. C'était à la thésarde de s'adapter à ce

que disait l'interviewé·e, en essayant de suivre les grandes lignes du guide et à la·le relancer quand cela paraissait utile sans en influencer les réponses (51). Les personnes interrogées connaissaient uniquement le thème de l'étude, ce qui a permis des réponses spontanées.

L'entretien semi-directif donne plus de liberté à l'enquêteur (par rapport à l'entretien directif) et à la personne interviewée puisqu'elle a la possibilité de partager son expérience et d'exprimer son ressenti.

L'utilisation de questions ouvertes offre la possibilité à la personne interrogée de répondre comme elle le souhaite, sans avoir à choisir parmi différentes réponses préétablies (44).

Ces rencontres, réalisées en face-à-face ont permis d'obtenir des entretiens de qualité, prenant en compte le langage « non-verbal ».

Le guide a été testé au préalable par les deux thésardes, mais aucune modification n'a été apportée par la suite.

Les questions sociodémographiques étaient posées à la fin de l'entretien pour ne pas embarrasser la·le patient·e dès le début du questionnaire.

Le choix du lieu de l'entretien était laissé aux interviewé·es : soit à leur domicile, soit dans le cabinet du médecin généraliste dans lequel il·elle·s avaient été recrutés. Seul·es les patient·es recruté·es au centre d'examens de santé de Bègles se sont vu·es imposer le lieu de l'entretien, pour une question de praticité.

Un point important à souligner est la durée importante des entretiens, d'environ 50 mn en moyenne, ce qui témoigne de l'ouverture des questions et de l'intérêt des patient·es. Ceci justifie également la rémunération de 20 euros pour les dédommager des contraintes de l'étude.

5.2.2- Les triangulations

Plusieurs triangulations ont été réalisées :

- La triangulation des données (par le recueil de données à différents moments, lieux et auprès de différentes personnes)

- La triangulation des chercheurs (nous avons codé chacune simultanément l'ensemble des verbatims). Ce double codage a ainsi permis de limiter le biais d'interprétation.

- La triangulation écologique (certain·es fumeur·ses nous ont fait des retours suite à l'envoi de résumés)

- La triangulation théorique n'a pas été réalisée de manière optimale. En effet, la saturation des données a été atteinte au 15ème entretien, avec l'absence de création d'un nouveau nœud par aucune des 2 thésardes. Or, de manière usuelle, la saturation des données n'est objectivée qu'après retranscriptions et codages de chaque entretien un-à-un. Cependant, nous n'avons pas pu utiliser correctement cette méthode puisque nous avons un temps imparti (journées de formation avec le Professeure Karine Gallopel Morvan) pour réaliser les entretiens et les retranscriptions (44, 52).

La grille COREQ a été utilisée pour évaluer la qualité de notre étude. C'est une check-list de 32 items appliqués aux interviews lors d'une étude qualitative (42 ; 52).

A la fin des entretiens, nous avons récolté les avis des participant·es sur l'entrevue. Beaucoup nous ont confié·es avoir apprécié cet échange puisqu'il était différent de ceux qu'il·elle·s avaient pu avoir avec leur entourage ou professionnel·le de santé. Ces entretiens les ont fait « réfléchir » et il·elle·s ont « appris des choses ».

Les résumés des entretiens retranscrits comprenant les verbatims, ont été envoyés par mail sous format Powerpoint aux fumeur·ses qui le désiraient. Nous avons eu le retour de 5 personnes :

- Il·elle·s ont trouvé « intéressant de se relire » mais il·elle·s ont noté quelques contradictions dans leurs propos. Les résumés étaient « cohérents avec l'échange ». Une personne nous a confié avoir appris qu'il existait plus d'options d'accompagnement que ce qu'elle imaginait et qu'elle en discuterait avec les différent·es professionnel·les de santé.
- Aucun·e fumeur·se n'a arrêté de fumer, mais un·e participant·e a acheté la E-cigarette et le livre d'Allen Carr.
- Seul·es 5 fumeur·ses étaient intéressé·es par l'envoi du résumé de l'entretien. Il aurait été intéressant que tou·tes les participant·es souhaitent le recevoir pour avoir un retour global sur leurs avancées dans le sevrage.

5.2.3- Originalité de l'étude

Les études sur la prise en charge du sevrage tabagique sont nombreuses. Les thèses que nous avons lues à ce sujet, abordent principalement le point de vue du·de la fumeur·se vis-à-vis du sevrage tabagique (38, 53, 54). Nous avons également pris le parti d'étudier la perception des fumeur·ses vis-à-vis des aides disponibles, centrée sur l'accompagnement des professionnel·les de santé, mais avec une perspective supplémentaire : l'élaboration par chaque fumeur·se d'un programme d'aide à l'arrêt « idéal ». Ce programme a pu être conçu grâce à la mise à disposition de 22 images.

Cette étude a permis aux patient·es de s'exprimer sur la perception et sur la représentation qu'il·elle·s ont des différentes aides mises à disposition pour le sevrage tabagique, c'est-à-dire leur ressenti vis-à-vis de l'offre de soin ainsi que la relation avec les différent·es professionnel·les de santé qu'il·elle·s côtoient.

De plus, afin de mener à bien et à terme ce projet, nous avons participé à des journées de formation sur le marketing social, dirigée par la Professeure Karine Gallopel Morvan. Les résultats de cette étude pourront être utilisés dans une stratégie de marketing social pour modifier les comportements des fumeur·ses.

5.3- Interprétation des résultats

5.3.1 Freins et leviers identifiés autour de la démarche d'arrêt du tabac

➤ *Perception du tabac*

D'après nos résultats, nous voyons que le tabac est perçu comme une nécessité, un besoin et un plaisir. C'est une habitude. La variation de la consommation est influencée par les saisons et leurs occasions festives, l'activité professionnelle, certaines situations angoissantes ou par la consommation d'alcool. Un changement des habitudes et rituels pourrait être intéressant pour les fumeur·ses qui souhaitent arrêter. Cela permettrait d'éviter les risques de rechute. Ceci est confirmé dans le guide des professionnel·les de santé Australien qui montre que les fumeur·ses doivent développer des stratégies d'adaptation pour faire face aux situations à risque telles que le stress, les états émotionnels négatifs, l'alcool... Afin de préparer au mieux la·le fumeur·se, cette étude met en avant la nécessité de mieux l'encadrer avec le soutien d'un·e professionnel·le (55). Cette stratégie d'ajustement des comportements peut s'appliquer lors de TCC, en utilisant les colonnes de Beck. C'est une méthode de restructuration cognitive qui permet à la·au fumeur·se de se rendre compte de ses émotions face à un comportement (28).

Elle est constituée de 5 colonnes :

- Les situations qui poussent à la consommation de tabac
- Les pensées et les émotions ressenties à la prise du produit
- Le pourcentage de croyance par rapport à la colonne précédente
- Les pensées et les émotions qu'il pourrait modifier face à cette situation
- La modification du comportement

Les fumeur·ses consulté·es ont mentionné les raisons et motivations qu'il·elle·s avaient pour cesser de fumer. Les principales sont : les problèmes de santé, la prise de conscience sur les méfaits du tabac, l'impact financier, l'histoire familiale et l'entourage. Des motivations similaires ont été citées dans une étude issue du European Journal of Cancer Prevention (56).

➤ *Le modèle trans-théorique*

Ce modèle de la théorie du changement des comportements a pour but d'aider à situer la position de la personne par rapport à l'objectif de l'arrêt du tabac. On décrit ainsi les stades de pré-intention, intention, préparation, action, maintien, accomplissement ou rechute. La personne ne passe pas forcément dans l'ordre tous ces stades, et peut avancer, reculer, s'immobiliser dans le processus (55).

Lors du recrutement, les critères d'inclusion sélectionnaient des personnes au stade d'intention ou de préparation, dans une perspective d'arrêt dans les 6 mois. L'objectif était de sélectionner la population cible du projet L.A.S.T, c'est-à-dire des fumeur·ses dans l'intention d'arrêter mais pour lesquels il

manque encore le « déclic » pour s'engager. On éliminait ainsi les personnes déjà dans un parcours d'arrêt (stade action) et celles trop loin de l'engagement (stade pré-intention).

Un constat nous paraît majeur. Au moment de l'entretien, quelques heures à quelques jours après le recrutement, le stade avait parfois déjà évolué, les personnes repoussant l'échéance du sevrage...Ce n'était plus le moment...La confiance n'était plus là...**L'intention de changement est ainsi très fragile, chez cette population, d'autant plus que le changement passe d'une intention théorique à une perspective concrète.** En effet, l'entretien proposé les amenait à réfléchir de façon précise aux modalités de leur changement. Ceci est d'autant plus important, que le problème risque d'être identique en proposant à ces patient·es de passer à l'action.

De ce constat nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Agir en proximité temporelle, géographique et humaine pour limiter au maximum les obstacles face à cette intention de changement fragile.**
- **Bien réfléchir à l'intervention, dans une approche centrée patient et individualisée, pour en faciliter la concrétisation, notamment en rapprochant les objectifs (arrêt progressif ; cigarette électronique dans une première étape ; consultations rapprochées...)**

Muller *et al* citent que la prise en compte de la phase dans laquelle se trouve la·le patient·e fumeur·se est une priorité puisque cela permet aux professionnel·les d'ajuster les conseils donnés. En effet, lors de la phase de pré-intention, les patient·es n'ont nullement envie de changer leur comportement. Ainsi, il serait illusoire de croire que leur imposer ce changement soit efficace. La·le professionnel·le peut introduire un travail de motivation pour renforcer le sentiment d'auto-efficacité de la personne. L'amélioration de ce sentiment permet d'augmenter les chances de réussite (57). Mais là aussi, une étape intermédiaire réussie, qui ne serait pas encore l'arrêt total, pourrait renforcer la motivation, avec des résultats simples et concrets. En effet, le patient peut se protéger derrière un discours de pré-intention, alors qu'en réalité, l'intention est déjà là, naissante.

L'HAS quant à elle, propose dans ses recommandations de 2014, pour la personne au stade d'intention de « *l'aider à explorer son ambivalence et sa motivation et envisager de commencer par une réduction de la consommation selon un avis d'expert.* » (7). Il s'agit de rapprocher les objectifs, comme nous le suggérons.

➤ *Influence de l'entourage*

Nous avons pu observer au cours de nos analyses, que l'entourage a une double injonction sur le tabagisme : décision d'arrêt du tabac et rechutes.

Un constat important est le fait que l'entourage peut impacter positivement ou négativement le parcours vers l'arrêt du tabac de la personne. Il est important que la·le fumeur·se en soit

conscient·e, mais également l'intervenant·e. Ceci est cité dans « la théorie de la contagion » d'Einstein et Epstein (20).

Dans l'élaboration du programme d'aide à l'arrêt idéal, un peu moins de la moitié des interviewé·es incluent l'image « Soutien par quelqu'un de son entourage ». Ce qui montre la place importante et positive qu'occupe l'entourage pour les fumeur·ses. Ces résultats sont en cohérence avec la thèse d'Aurélié Lauvaux : « 50 % des patient·es désirent la présence de leur entourage dans leur prise en charge » (38).

A partir de ce constat, nous pouvons proposer la piste suivante :

- **Agir sur l'entourage pour le mobiliser dans son impact positif et limiter son impact négatif.**

➤ *La volonté, facteur déterminant du sevrage*

Un autre constat est que pour 18 interviewé·es sur 19, la volonté et le déclic sont des éléments essentiels à la prise de décision et au succès de l'arrêt.

En corollaire de ce constat, **les fumeur·ses préfèrent arrêter de fumer seul·e, sans aide.** Ceci est retrouvé dans beaucoup d'études notamment dans un article de Kylie Morphet *et al*, où l'arrêt seul·e est appelé de manière idiomatique « cold turkey ». Ce « cold turkey » n'est possible que lorsque la volonté et le désir de cesser de fumer sont réunis. Cette méthode s'avère gratuite, dépourvue d'effets indésirables et donne un sentiment d'autosatisfaction et de valorisation de soi (8).

Ceci peut paraître en opposition avec ce que nous savons de l'addiction, si on oublie le fait que les personnes interrogées n'étaient pas encore dans la démarche d'arrêt, mais dans son intention. L'ambivalence fait qu'ils sont à la fois dans l'envie d'arrêter (raison) et dans l'envie de continuer (pulsion). La résolution de cette ambivalence leur paraît être dans la volonté, qui pourrait faire pencher la balance du côté de la décision d'arrêt. La notion de déclic ferait plutôt intervenir un facteur extrinsèque, coup de pouce pour la volonté (la peur, une opportunité, une envie de prendre soin de soi pour de multiples raisons...).

Le fait d'arrêter sans aide est en cohérence avec l'idéal d'une volonté suffisamment forte : « je peux y arriver tout·e seul·e », Cette perspective est donc gratifiante, comme déjà souligné. Mais, la proximité de la mise en œuvre fait craindre une volonté insuffisante pour surmonter l'épreuve, ce qui est au contraire culpabilisant. Ceci peut expliquer la divergence entre le « j'arrête seul·e » du début de l'entretien et les aides idéales choisies proposées concrètement plus tard.

A partir de ce constat, nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Informé·es sur les aides possibles, avec ou sans professionnel·les, en rappelant que ce ne sont que des aides à une action personnelle et gratifiante, pour augmenter les chances de réussite.**
- **Communiqué·es sur ce qui peut faire déclic, pour actualiser ce qui a pu être refoulé.**

➤ *Les difficultés du sevrage*

Les principales difficultés rapportées par les interviewé·es, lors des tentatives d'arrêt, sont les symptômes du sevrage et les envies de fumer dans certaines situations. Certaines personnes ont mis en doute leur mental et leur capacité à maintenir le sevrage dans la durée. Or, selon Simon Chapman et Ross MacKenzie, une tentative d'arrêt sérieuse ne nécessite pas nécessairement l'utilisation de TNS, de médicaments ni l'aide d'un·e professionnel·le (58).

Les freins des interviewé·es à décider d'un arrêt du tabac sont aussi la peur de la prise de poids. La majorité des fumeur·ses envisagent un changement de vie avec la reprise d'une activité physique pour compenser le manque de la cigarette. Cependant, le guide des professionnel·les de santé Australien a mis en évidence que, l'activité physique comme unique substitut au tabac, n'est pas efficace. Elle doit être encouragée par la·le professionnel·le de santé en association avec d'autres aides puisque la pratique d'un sport offre de nombreux avantages (augmentation de l'estime de soi, stabilisation du poids) (55). Comme plus de 40 % des fumeur·ses font des tentatives de sevrage chaque année, il recommande aux professionnel·les d'avoir conscience des difficultés du sevrage et donc de les accompagner en prescrivant des thérapeutiques qui limiteraient les symptômes de manque et les conseiller sur leur alimentation (55).

Notre constat est donc l'importance de la peur du sevrage, du doute sur la capacité de la volonté à contrôler les envies de fumer (craving), de la crainte de la rechute et de la prise de poids, risques pouvant être considérablement diminués par un accompagnement adapté.

A partir de ce constat, nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Informé·es sur les solutions adaptées afin de faire baisser les craintes**
- **Informé·es sur le programme « idéal » proposé par les fumeur·ses, avec le facteur multiplicateur des chances de réussite.**

5.3.2- Freins et leviers identifiés à l'utilisation des aides

➤ *La perception des aides existantes*

Les aides (autres que l'aide d'un·e professionnel·le de santé) sont nombreuses : TNS, E-cigarette, varénicline, bupropion, l'hypnose, l'acupuncture, les TCC et les auto-supports. Dans notre étude, de nombreux freins ont été rapportés.

Pour les TNS, les fumeur·ses ont peur de développer une autre forme de dépendance. Le goût des gommes est un obstacle à leur utilisation.

Une étude parue dans *Nicotine and Tobacco Research*, a montré que les fumeur·ses ont des idées erronées vis-à-vis des médicaments à base de nicotine. Cette substance est perçue comme nocive (59).

L'article de K. Morphet appuie nos résultats par rapport à la peur de développer une dépendance à la nicotine en utilisant les TNS (8).

Par rapport à la varénicline et au bupropion, les fumeur·ses de notre étude se méfient. L'idée de prendre des médicaments tous les jours les rebute. D'après K. Morphet, les fumeur·ses se gardent de prendre des médicaments comme aide à l'arrêt, redoutant les effets secondaires rapportés par leur entourage (8).

Concernant les médecines alternatives, les interviewé·es émettent des doutes sur leur efficacité et déplorent leurs coûts.

Pour les TCC, les fumeur·ses constatent un réel manque d'information. Après leur avoir expliqué en quoi consistait cette aide, il·elle·s se montrent plutôt disposé·es à l'essayer.

Les auto-supports sont pour la plupart, faciles d'accès et d'utilisation. Cependant, l'absence de suivi par un·e professionnel·le et la méfiance concernant la fiabilité des sources sont les principaux freins à leur utilisation.

La E-cigarette et les TNS sont les deux aides connues par tou·tes les fumeur·ses de notre étude. Or, seul·es 2 fumeur·ses incluent la E-cigarette dans leur programme d'aide à l'arrêt idéal et 10 ont opté pour les TNS. Ce décalage entre connaissance et utilisation est induit par des retours négatifs de proches et par la crainte de développer une autre forme de dépendance.

Certain·es personnes de notre étude déplorent le manque d'investissement de l'Etat vis-à-vis des solutions proposées aux fumeur·ses pour arrêter de fumer. Cependant, cette perception est due à un manque de volonté de s'informer sur les aides existantes en France.

Or, l'absence d'information sur les aides disponibles a déjà été relatée comme étant un frein dans l'étude de D. Hammond *et al.* Celle-ci a mis en avant que les fumeur·ses ne sont pas informé·es des aides disponibles et sous-estiment donc leurs avantages et leurs efficacités. Lorsqu'il·elle·s ont demandé aux fumeur·ses de citer spontanément les aides, moins de 5 % ont cité les conseils d'un·e professionnel·le de santé quand 24 % citent l'hypnose et l'acupuncture. Et lorsque dans cette même étude, après présentation des diverses aides, il·elle·s ont demandé aux fumeur·ses, quelle forme d'assistance pourrait augmenter leur chance d'arrêter de fumer, 66 % ont répondu que le conseil d'un·e professionnel·le de santé pourrait les aider, 50 % ont répondu que la participation à des groupes ou programme d'aide à l'arrêt serait efficace, 36 % ont répondu TNS et 35 % pour le Bupropion (48).

La varénicline n'était pas citée, car l'étude était antérieure à son AMM.

Selon le *Treating Tobacco Use and Dependence*, l'amélioration de la couverture médicale des traitements de renoncement au tabac augmenterait les tentatives d'arrêt, le recours au traitement et la réussite de l'arrêt du tabac (60).

En France, les TNS sont remboursés intégralement depuis janvier 2019 (Sécurité sociale et mutuelle) (24). Dans notre étude, 15 fumeur·ses l'ignorent encore.

Les données de l'OFDT de juin 2019 montrent que la vente des traitements pour l'arrêt du tabac est en hausse de près de 29,6 % par rapport à la période de janvier à juin 2018 (le plus concerné étant le patch avec une augmentation de plus de 50,6%). Depuis la prise en charge des traitements pour l'arrêt

du tabac par l'Assurance Maladie, le nombre de bénéficiaire a augmenté, estimé à 161 000 bénéficiaires en avril 2019 versus 123 090 en décembre 2018. Et depuis que la varénicline est inscrite sur la liste des médicaments remboursables, son utilisation est en hausse (25).

Dans nos résultats, les TCC et psychothérapies de soutien sont peu connus des fumeur·ses. Cela concorde avec les résultats de l'étude de D. Hammond *et al* : les thérapies de soutien et cognitivo-comportementales étaient citées respectivement par 11 % et 6 % des patient·es (48).

Les représentations des patient·es sont souvent décalées des données de la science et alimentées par le « bouche à oreille », les forums, les « fake news ».....Mais il n'est pas toujours facile de s'y retrouver, même pour les professionnel·les.

A titre d'exemple, concernant la E-cigarette, d'après une étude parue en février 2019 dans le New England, elle est significativement plus efficace que les TNS en terme d'abstinence à 1 an (18 % était abstinent·es avec le E-cigarette contre 9.9 % avec les TNS) (33). Toutefois, les résultats sur l'abstinence sur le long terme sont encore incertains puisque Ramchandrar Gomajee *et al* ont dévoilé en mai 2019, que les ancien·nes fumeur·ses qui utilisent la E-cigarette sont plus à risque de rechuter que les ancien·nes fumeur·ses « non-vapoteurs » avec un résultat statistiquement significatif. Ces données sont issues de la cohorte Constances (61).

Vis-à-vis de la méfiance exprimée par les fumeur·ses de notre étude face à la sécurité de la varénicline, l'étude EAGLES a conclu à une non-augmentation du risque neuropsychiatrique chez les patient·es sous varénicline même en cas d'antécédent de troubles psychiatriques (27). Celle-ci approuve une supériorité en terme d'efficacité de ce médicament sur l'abstinence comparativement au TNS, bupropion et au placebo (27). Ceci vient donc contredire des informations antérieures.

Par ailleurs, 4 fumeur·ses ont cité le livre d'Allen Carr comme aide efficace à l'arrêt du tabac. Cette méthode n'a pas une efficacité scientifiquement prouvée (55). Mais ceci ne veut pas dire que ça ne marche pas.

Au fur et à mesure de l'entretien avec la·le fumeur·se, nous notons un cheminement sur les représentations qu'il·elle·s ont des aides. Les interviewé·es se sont rendu·es compte du panel de moyens disponibles pour l'arrêt du tabac, leurs opinions concernant leurs efficacités ont évolué après présentation de ceux-ci.

Un constat est possible ici : des données de la science évolutives et donc sources de méfiances, mais tout de même une méconnaissance des aides possibles, de leur disponibilité en proximité, de leur facilité d'accès et de leur remboursement. La médiatisation a été importante sur ces sujets, mais n'a manifestement pas atteint la cible de façon suffisante.

A partir de ce constat, nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Mieux communiquer, en diversifiant les médias pour atteindre tous les publics**
- **Communiquer en proximité, en mobilisant les professionnel·les de santé**

En ce qui concerne, le #MoisSansTabac, 9 interviewé·es en ont entendu parlé via les campagnes médiatiques, soit moins de la moitié. De plus, les données du dernier #MoisSansTabac montrent que 67 % des fumeur·ses ayant fait une tentative d'arrêt ont eu recours à un·e professionnel·le de santé ou à une aide (E-cigarette, TNS ou les auto-supports). La mise en place du #MoisSansTabac favorise le recours aux aides disponibles (6).

➤ *L'accompagnement par un·e professionnel·le de santé*

Sur 19 fumeur·ses de notre étude, 17 savent qu'il·elle·s ont la possibilité d'être accompagné·es par un·e professionnel·le de santé pour le sevrage. Douze ont abordé auparavant la question du tabac avec un·e professionnel·le de santé. Et douze choisiraient la·le médecin généraliste comme étant le plus crédible pour les accompagner. Ces données concordent avec les résultats de la thèse d'Aurélien Lauvaux qui a montré que 76,5 % des patient·es sont prêt·es à faire confiance à leur médecin pour mener le sevrage (38).

Dans leur programme d'aide « idéal », 15 fumeur·ses incluent la·le professionnel·le de santé.

Dans notre étude, les fumeur·ses sont donc plutôt favorables à l'idée de recevoir une aide et des conseils de la part d'un praticien. Or certain·es ne sont pas enclin·es à un suivi malgré que 11 interviewé·es admettent que le soutien d'un·e professionnel·le augmenterait leurs chances de réussite.

Dans notre étude, la perception de la dépendance à la cigarette varie en fonction de l'âge. En effet, les fumeur·ses des tranches d'âges 36-55 ans se rendent compte qu'il·elle·s sont dépendant·es contrairement aux fumeur·ses plus jeunes.

Le guide des professionnel·les de santé Australien a mis en évidence que les « gros·ses fumeur·ses » sont plus susceptibles à demander de l'aide pour arrêter de fumer que les autres (55). L'étude de Robert F. Anda *et al* publiée dans les années 90, montre que les jeunes fumeur·ses ont été moins questionné·es sur le tabac comparativement aux patient·es atteint·es d'une pathologie chronique ou cardiovasculaire (62).

De plus, beaucoup avancent ne pas vouloir prendre une consultation uniquement pour le motif de l'arrêt du tabac, mais plutôt l'inclure au cours d'une autre consultation.

Le constat le plus important est la confiance dans la·le professionnel·le de santé de proximité, avec en premier lieu la·le médecin généraliste. Si la majorité des participant·es considèrent que l'accompagnement peut aider, tou·tes ne se sentent pas prêt·es à demander cette aide et notamment les plus jeunes. Il semble donc que plus les troubles d'usage sont sévères et plus les troubles liés à l'usage sont présents, plus la demande d'une aide est réalisée. Ceci intervient donc souvent trop tardivement dans le parcours du·de la fumeur·se.

A partir de ce constat, nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Rapprocher les solutions du problème : professionnel·les accessibles sur les territoires, dans des délais courts, formé·es aux bonnes postures relationnelles ; aides sur-mesure adaptées à chacun ; objectifs intermédiaires.**
- **Communiquer sur les solutions possibles et disponibles.**
- **Inciter les professionnel·les à être plus proactif vis-à-vis des fumeur·ses plus jeunes, avant les troubles liés à l'usage, pour soigner le trouble de l'usage.**

➤ *Leviers identifiés pour favoriser la demande d'aide auprès des professionnel·les*

Afin de sensibiliser les fumeur·ses, la·le professionnel·le de santé devrait, au cours de la consultation quel qu'en soit le motif, être en mesure de questionner brièvement la·le patient·e sur le tabac. En effet, dans le guide pour professionnel·les de santé Australien, il est notifié qu'un conseil procuré par les professionnel·les de santé sur le sevrage tabagique lors des consultations de routine même s'il a un faible effet immédiat, aura un important potentiel par la suite (55).

Selon l'étude de D Hammond *et al*, 78 % des fumeur·ses ont indiqué qu'il·elle·s seraient susceptibles d'arrêter de fumer que lorsqu'il·elle·s recevraient de l'aide (48). Or, la thèse VIJGIL a montré que 89,1 % des professionnel·les n'abordent pas la question de l'addiction tant que la demande n'est pas spécifiée par la·le patient·e (39).

L'HAS préconise, dans ses recommandations aux professionnel·les de santé, d'effectuer un RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) pour sensibiliser les fumeur·ses. Cette intervention peut être réalisée en moins de 5 minutes en consultation (63).

D'après la DRESS (Direction de la Recherche des Études et de l'Évaluation des Statistiques), la durée moyenne d'une consultation en médecine générale est de 18 minutes. 50 % des médecins déclarent 15 minutes et 30 % 20 minutes. Les femmes médecins gardent en moyenne plus longtemps leurs patient·es en consultation que les hommes. Les consultations sont plus longues lorsque les patient·es sont poly-pathologiques ou psychiatriques (64).

Selon ces informations, le praticien pourrait, ne serait-ce qu'une fois par an, consacrer un temps dédié à un RPIB, et ainsi les addictions seraient abordées systématiquement pour chaque personne. Le problème est que certain·es patient·es consultent rarement et cumulent les motifs quand il·elle·s viennent. Surtout les plus jeunes et actifs ou les plus précaires et loin du « prendre soin de soi ». Ces recommandations semblent pertinentes en théorie et sans doute applicables pour certain·es patient·es, mais difficiles à mettre en place de façon systématique dans la « vraie vie » pour tous.

Par ailleurs, M. Underner *et al* ont mis en évidence que le statut tabagique du·de la professionnel·le de santé influence son attitude vis-à-vis du·de la fumeur·se. Il·elle·s interrogent moins leurs patient·es sur leur consommation de tabac. Seulement 41 % des médecins fumeur·ses déclarent réaliser le conseil minimal (65).

Le guide des professionnel·les de santé Australien a relevé plusieurs obstacles émis par les professionnel·les de santé pour aborder le tabac en consultation (55) : la perception de l'inefficacité de l'aide qu'il·elle·s apportent, le manque de temps, leur manque de compétences, le manque de motivation du·de la fumeur·se. Cependant, il met en avant qu'aborder le tabac en consultation et proposer de l'aide pourrait renforcer la relation médecin-patient·e (55).

Ainsi, il est à noter que de nombreux facteurs sont à prendre en considération pour impliquer la·le professionnel·le et la·le fumeur·se dans la prise en charge du tabac en consultation : la durée de la consultation, le statut tabagique du praticien, la possibilité de réaliser le conseil minimal ou le RPIB, les compétences du praticien dans la prise en charge des addictions avec la demande d'aide exprimée par la·le fumeur·se, son degré d'informations et sa perception de la dépendance à la cigarette.

A partir de ce constat, nous pouvons proposer les pistes suivantes :

Il est bien identifié que les personnes les plus loin du « prendre soin de soi », précaires, psychiatriques, cumulant les addictions, sont les moins accessibles aux campagnes de prévention, qui ne font que creuser les inégalités sociales. Il est donc important de réfléchir à un marketing social de proximité, sur des populations ciblées, sur des territoires, des communautés, des cultures, tenant compte de la diversité des représentations.

5.3.3- Le programme d'aide « idéal »

Quand les personnes interviewées ont réalisé leur programme d'aide, on remarque que l'accompagnement par un·e professionnel·le de santé ressort le plus, comme détaillé précédemment. Le 2ème choix se portait sur l'activité physique et le changement de vie pour libérer les tensions liées au stress du sevrage. Cette thématique a déjà été citée lors du PNLT 2018-2022 avec souhait de mise en place de projets sportifs, culturels par de grandes associations sanitaires, sociales ou spécialisés (15). Les TNS / médicaments sont ensuite cités pour pallier au manque de nicotine. Le fait de réaliser des économies et les conseils nutritionnels sont en 4ème et 5ème position. Une rubrique pour éviter la prise de poids est notamment disponible sur le site tabac-info-service avec des conseils, et même un service de coaching en ligne avec un suivi personnalisé par mail (66). Enfin, le soutien de l'entourage est choisi en 6ème position.

Selon les fumeur·ses de notre étude, les médias choisis sont à adapter aux générations. Les réseaux sociaux semblent avoir un impact plus conséquent sur les jeunes adultes comme démontré dans cette étude du Journal of Medical Internet Research. Celle-ci décrit les systèmes d'engagement et de soutien qui peuvent ressortir de réseaux sociaux, notamment Facebook, dans la réduction ou le renoncement au tabac (67). Un article, issu de la revue scientifique PLoS One, montre que la création de liens entre des fumeur·ses et ancien·nes fumeur·ses sur un même réseau social en ligne est bénéfique (par l'échange et le soutien). Il influencerait les comportements des fumeur·ses par les échanges et le soutien reçu par les ex-fumeur·ses, ceci permettant à terme de cesser de fumer (68). Il existe un rôle

d'encouragement, de travail motivationnel comme cité dans la thèse de Marion Thieffine. Le sentiment d'appartenance à un groupe semblant souder l'ensemble des participant·es (69).

D'autres moyens de communications sont proposés par les interviewé·es : Internet, la télévision, la radio, le bouche à oreille. La plupart des personnes interrogées souhaitent divulguer des informations positives et encourageantes, comme réalisés lors de la campagne #MoisSansTabac. Pour la majorité, la prévention est primordiale. Dans le PNLT 2018-2022, la prévention est prioritaire. En effet, de multiples interventions sont mises ou sont à mettre en place sur des cibles différentes (population défavorisée, femmes, jeunes etc.) (15,16).

Un constat possible est donc la place prioritaire (mais ambiguë) donnée aux professionnel·les de santé, comme aide « idéale » à l'arrêt du tabac. En théorie, on arrête seul·e. En pratique, on aimerait se faire aider par le·la médecine généraliste ou un·e professionnel·le de santé.

A partir de ce constat, nous pouvons proposer les pistes suivantes :

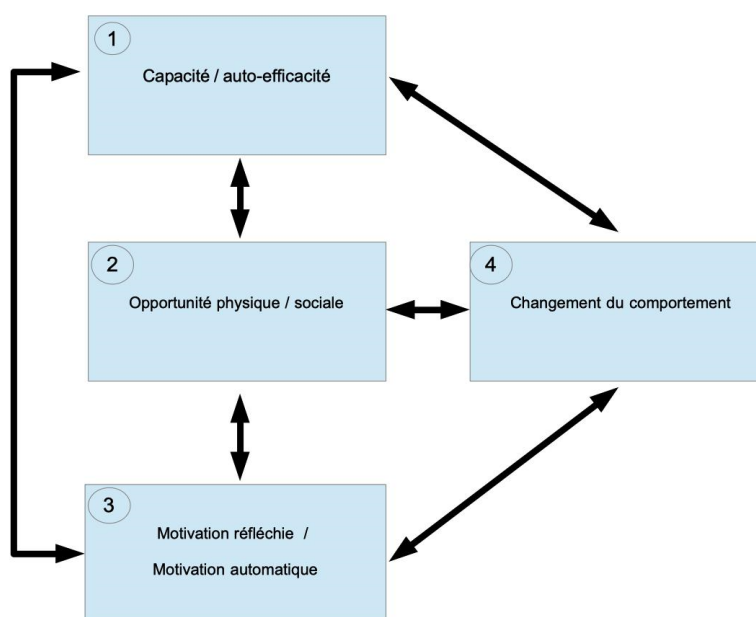
Il faut favoriser ce lien, en agissant à la fois sur les professionnel·les et sur les fumeur·ses. Le marketing social trouve ici toute sa justification, dans le choix des messages et des médias et la construction de la stratégie.

6- PERSPECTIVES

Dans notre étude, nous relevons que l'ambivalence des fumeur·ses vis-à-vis de l'arrêt du tabac est grande. En effet, certain·es des fumeur·ses interrogé·es ne réalisent pas la dépendance qu'il·elle·s ont développé envers le tabac et ne se sentent donc pas concerné·es par la nécessité d'utiliser des aides pour le sevrage. Ce même aspect est cité dans l'étude de Susie Wiltshire *et al* qui conclut que les campagnes anti-tabac devraient s'appuyer sur la dépendance que les fumeur·ses développent pour pouvoir sensibiliser un plus grand nombre de fumeur·ses à l'arrêt (70).

L'objectif de notre étude est de mettre en avant les leviers et les freins des fumeur·ses à consulter un·e professionnel·le pour une aide à l'arrêt. Pour illustrer nos résultats, il serait intéressant d'utiliser la méthode COM-B, modèle fréquemment utilisé dans les stratégies de marketing social, pour tenter de comprendre le comportement des fumeur·ses. Ce modèle est utile pour cerner les facteurs influençant le comportement. Il permet d'interroger la cible sur 3 conditions essentielles : sur les capacités physiques et psychologiques à engendrer une modification, sur les opportunités dont il·elle·s disposent pour aller vers le changement et sur les motivations intrinsèques qu'il faudrait modifier (71).

Ci-dessous, le schéma du COM-B :



L'implication des professionnel·les, en tant qu'aide, est perçue comme un échec par certain·es.

Une thèse est en cours sur l'étude des freins et des leviers des professionnel·les à devenir Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T). De plus, les participant·es de notre étude se disaient plutôt enthousiastes à l'idée que de nouveaux et nouvelles professionnel·les de santé puissent les aider. Cependant, il·elle·s émettent des doutes vis-à-vis de leurs compétences sur le sujet.

Il semble donc intéressant de renforcer les connaissances de ces professionnel·les de santé pour les amener à initier le dialogue sur les addictions, de communiquer sur les différentes aides. Pour cela,

une autre thèse du projet L.A.S.T. s'intéresse aux avis des nouvelles et nouveaux prescripteurs sur la formation qu'il·elle·s ont reçue par l'Assurance Maladie sur les aides à l'arrêt du tabac, en 2019 (44 formations programmées). Ces projets sont en cours, nous n'avons pas encore de résultats.

De plus, AGIR 33 Aquitaine a mis à disposition des professionnel·les de santé plusieurs tutoriels, les aidant pour l'accompagnement des patient·es fumeur·ses (72).

Les images proposées pour l'élaboration du programme d'aide à l'arrêt idéal ont été appréciées lors des journées de formation de marketing social. Elles pourraient être distribuées aux fumeur·ses par la·le médecin de proximité lors d'une consultation sous forme de jeux de cartes. Cette procédure permettrait une décision partagée centrée patient·e en l'amenant à devenir acteur de sa décision d'arrêt et du choix des aides qu'il·elle·s souhaiteraient utiliser.

Les fumeur·ses de notre étude n'ont pas connaissance des dernières politiques mises en place par le gouvernement : le remboursement intégral des TNS, les nouvelles et nouveaux prescripteurs, la dispense d'avance des frais (24). Il existe un réel manque d'information sur ces actualités qui pourrait être pallié par une campagne de communication plus large. En effet, celle-ci aurait un impact à la fois sur les fumeur·ses et non-fumeur·ses et permettrait de les sensibiliser quelle que soit l'avancée dans la décision du sevrage.

Concernant la mise en place du paquet neutre, les avis des fumeur·ses de notre étude sont partagés. Certain·es estiment que les avertissements sanitaires n'ont aucun impact sur eux puisqu'il·elle·s ne regardent plus leur paquet de cigarettes. D'autres le cachent. Quelques un·es estiment que la couleur rend le paquet de cigarettes moins attractif et qu'il pourrait avoir un impact sur les jeunes qui débutent le tabac. Ceci est vérifié dans une soixantaine études qui montrent l'efficacité de la mise en place du paquet neutre comme un moyen de lutte contre le tabagisme (73).

D'après une synthèse Cochrane, 8 études se sont intéressées à l'effet d'une campagne médiatique chez les jeunes fumeur·ses, pour tenter de réduire le tabagisme. Seulement 3 ont eu des résultats significatifs. Plusieurs caractéristiques sont nécessaires pour que les campagnes soient efficaces :

- La durée dans le temps (à la fois au niveau de la longueur des spots publicitaires, la durée des campagnes et la répétition des messages médiatiques)
- L'appui sur des campagnes antérieures s'étant révélées efficaces
- La représentativité de l'échantillon sur la population cible
- Les moyens de communication (télévision, radio, panneaux d'affichage et brochures) accessibles et adaptés aux jeunes
- Les messages délivrés étaient adaptés aux perceptions et représentations que la·le jeune fumeur·se a de la cigarette.

Cependant, il serait souhaitable de réaliser des études de meilleure qualité sur le plan méthodologique et de recourir aux nouvelles technologies (réseaux sociaux), plus adaptées aux jeunes pour corroborer ces résultats (74).

Une thèse du projet L.A.S.T est en cours pour parvenir à comprendre ce que les patient·es retiennent des affiches en salle d'attente pour adapter les outils de communication.

L'HAS recommande que l'accompagnement par les professionnel·les de santé comme aide à l'arrêt soit réalisé sur des temps de consultation dédiés (7). Or les patient·es de notre étude ne semblent pas être motivé·es par un suivi sur le long terme. Toutefois, s'il existait une cotation spécifique pour les consultations d'aides à l'arrêt en médecine générale (sur le même principe que les consultations complexes déjà mises en œuvre pour la première contraception par exemple), cela pourrait encourager les professionnel·les de santé à s'investir dans ce domaine.

7- CONCLUSION

Le tabac occupe une place prépondérante dans la vie des fumeur·ses. La décision de l'arrêt est difficile pour la majorité d'entre elles et eux. De nombreux facteurs (la peur de la prise de poids, le manque de la cigarette, la perte de la gestuelle, le changement d'humeur, le stress et l'entourage fumeur) retardent cette prise de décision. Ces éléments et perceptions sont cependant modifiables par la·le fumeur·se qui décide de cesser de fumer. La volonté est avancée comme étant un élément déterminant. L'entourage occupe une place majeure d'une façon positive ou néfaste : poursuite du tabac ou décision d'arrêt, soutien ou encouragement à la consommation. Le soutien d'un·e professionnel·le augmenterait les chances de réussite dans la décision du sevrage tabagique

Dans nos résultats, les principaux freins à l'utilisation et à la demande d'aide(s) auprès des professionnel·les de santé sont la non-connaissance, la méfiance et le coût. A cela s'ajoute une perception d'inefficacité des aides, perception qui est induite par des retours d'expériences négatifs de l'entourage et la crainte de développer une nouvelle dépendance.

Dans l'élaboration du programme d'aide « idéal », l'accompagnement par un·e professionnel·le de santé est choisi par la majorité des fumeur·ses interrogé·es, cela devant le programme d'activité physique et les TNS. Ainsi, les fumeur·ses souhaitent être accompagné·es dans le sevrage. Il faudrait alors systématiser un temps court dédié à la question du tabac au cours de la consultation.

Les prochains « Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac », plus accessibles et bien identifiables, contribueraient à répondre à cette demande d'aide de la part des fumeur·ses.

Les politiques gouvernementales mises en place vont en ce sens. Cependant, les fumeur·ses ne sont pas assez informé·es de ces nouvelles actualités. La majorité des fumeur·ses interviewé·es opteraient pour un message positif dans leur programme d'aide à l'arrêt « idéal ». Ce type de discours est relayé lors du #MoisSansTabac sous la forme d'une communication engageante et positive. Du fait du succès de cette campagne, il serait intéressant de s'en inspirer, tant au niveau de la tonalité, des modes et du ciblage de la communication.

8- BIBLIOGRAPHIE

1. Haddad R. Manuel d'écriture inclusive : faites progresser l'égalité Femmes·Hommes par votre manière d'écrire. 3ème édition : agence de communication d'influence. Mots-Clés. 2019.
2. Bourdillon F. Éditorial. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(15):270-1.
3. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (page consultée le 30/06/2019). Plan Cancer 2014-2019. Objectif 10 : Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Rapport annuel 2016, [En ligne]. <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
4. INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (page consultée le 30/06/2019). La législation antitabac en France, [En ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp>
5. Fenton K. Stoptober : une campagne d'aide à l'arrêt du tabac en Angleterre. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(30-31):499-502.
6. Santé publique France. (page consultée le 30/06/2019). Communiqué de presse #MoisSansTabac 3ème édition. #MoisSansTabac compte déjà plus de 185 000 inscrits dès son lancement ! Octobre 2018, [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/35671/683235>
7. HAS, Haute Autorité de Santé. (page consultée le 30/06/2019). Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Octobre 2014, [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
8. Morphet K, Partridge B, Gartner C, Carter A, Hall W. Why don't smokers want help to quit ? A qualitative study of smokers' attitudes towards assisted vs. unassisted quitting. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2015;12:6591:6607.
9. Fatseas M, Dubernet J, Auriacombe M. Addicto : Le Polycop de Bordeaux. Enseignement d'addictologie. Disponible sur Internet <https://www.sanpsy.univ-bordeauxsegalen.fr/fr/static31/enseignements-et-formations>
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition – DSM-5, Washington DC : APA ; 2013.
11. World Health Organization. (1994). CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic / coordination générale de la traduction française: C. B. Pull. Genève : Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43316>
12. Auriacombe M, Fatseas M, Daulouède JP, Tignol J. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. Ann Med Psychol 2018 ; 176 : 746-9.
13. Fatseas M, Serre F, Alexandre JM, Debradant R, Auriacombe M, Swendsen J. Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction : a comparison of substance and person-specific cures. Addictions. 2015 ; 110(6) : 1035-42.
14. Serre F, Fatseas M, Swendsen J, Auriacombe M. Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life : a systematic review. Drug Alcohol Depend. 2015 ; 148 : 1-20.
15. Ministère des Solidarités et de la Santé. (page consultée le 30/06/2019). Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
16. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. (page consulté le 30/06/2019). Dossier de presse. Programme National de Réduction du Tabagisme. 25 septembre 2014, [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/250914_-_Dossier_de_Presse_-_PNRT_2_.pdf
17. Kotler P, Zaltman G. Social Marketing : an approach to planned social change. Journal of Marketing. 1971;35:3-12.

18. Gallopel-Morvan K, Nguyen-Thanh V, Arwidson P, Hastings G. Marketing social : De la compréhension des publics au changement de comportement. Presse EHESP. 2019 (à paraître en novembre 2019).
19. Gordon R, McDermott L, Stead M, Angus K. The effectiveness of social marketing interventions for health improvement : What's the evidence? *J R Inst Public Health.* 2006;120(12);1133-1139.
20. Einstein S, Epstein A. Cigarette smoking contagion. *Int J Addict.* 1980;15(1):107-14.
21. Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin JL, Nguyen-Thanh V. (page consultée le 1/07/2019). La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Evolutions.* 2015; 31 : 1-6, [En ligne]. https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119634/file/152093_1611.pdf
22. Tabac-info-service.fr. (page consultée le 30/06/2019). Partenaires mois sans tabac, [En ligne]. <https://partenaires-mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr>.
23. ARS, Agence régionale de santé. (page consultée le 30/06/2019). Infographie Edition MoisSansTabac 2018 en chiffres. 4 décembre 2018, [En ligne]. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-12/Infographie_%23MoisSansTabac_2018.pdf
24. Assurance Maladie, Améli.fr. (page consultée le 30/06/2019). Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiques ? [En ligne]. <https://www.ameli.fr/gironde/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/prise-en-charge-sevrage-tabagique>
25. OFDT, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. (page consultée le 30/06/2019). Tableau de bord des indicateurs relatifs au tabac et au tabagisme en France. Mars 2019, [En ligne]. <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-tabac>
26. Ngyuen A, Chevalier C. Prise en charge du sevrage tabagique. *Actualités pharmaceutiques.* 2016;560:26-33.
27. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D *et al.* Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES) : a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet* 2016;387(10037):2507-20.
28. Guichenez P, Clauzel I, Cungi C, Quantin X, Godard P, Clauzel AM. Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique. *Rev Mal Respir.* 2007;24:171-182.
29. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019. DOI:10.1002/14651858.CD001008.pub3.
30. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.
31. Guignard R, Richard JB, 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 Epidémiol Hebd.* 2018;14-15:298-303.
32. Lermenier-Jeannet A. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014. *Tendances.* 2014; 92 : 1-6.
33. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N *et al.* A randomized trial of E-cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *N Engl J Med.* 2019 ; 380(7) : 629-37.
34. Haut Conseil de la Santé Publique. (page consultée le 03/07/2019). Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. 2016 : 1-26, https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20160222_benefrisquecigelectropopgene.pdf
35. Société de Pneumologie de Langue Française. (page consultée le 14/08/2019). La cigarette électronique : cela continue de chauffer. *ATS2017-05-21*, [En ligne]. <http://splf.fr/la-cigarette-electronique-cela-continue-de-chauffer/>
36. FDA, the US Food and Drug Administration. (page consultée le 14/08/2019). Investigating Reports of Neurologic Risks Tied to Vaping. *Medscape.* Aug 09, 2019. [En ligne]. https://www.medscape.com/viewarticle/916675?src=soc_fb_190815_mscpedt_news_neuro_vape&faf=1
37. Compagnon L, Bail PH, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y *et al.* Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer.* 2013;(108):149-152.

38. Lauvaux A. Connaissances, représentations, attentes et besoins des patients fumeurs vis-à-vis des aides au sevrage tabagique. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales : Reims : 2012.
39. Alvarez P. Impact de la visite des jeunes généralistes installés libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie: étude longitudinale comparative randomisé auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales : Bordeaux : 2018.
40. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014. Tome LIII(4) : 67-82.
41. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L *et al.* L'introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 19(84) : 142-5.
42. Tong A., Sainsbury P., Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups Int J Qual Health Care 2007 ; 19 (6) : 349-357
43. HAS, Haute Autorité de Santé. (page consultée le 02/07/2019). Services des bonnes pratiques professionnelles. Annexe : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». Octobre 2014, [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
44. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative : deuxième partie. Exercer. 2009 ; 88 : 106-12.
45. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994 ; 23 : 147-81.
46. Scribbr. (page consultée le 02/07/2019). Codages pour les entretiens semi-directifs et directifs - Méthodologie & xemples. 2018, [En ligne]. <https://www.scribbr.fr/astuces/codage-entretiens/>
47. Smith AL, Carter SM, Chapman S, Dunlop SM, Freeman, B. Why do smokers try to quit without medication or counselling ? A qualitative study with ex-smokers. BMJ Open 2015 ; 5 : e007301. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007301
48. Hammond D, McDonald PW, Fong GT, Borland R. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. Addiction. 2004 ; 99(8) : 1042-8.
49. Andler R, Richard JP, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J *et al.* Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. Bull Epidémiol Hebd. 2019 ; (15) : 271-7.
50. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Rev Med Suisse. 2004; volume O.24011.
51. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative : première partie. Exercer. 2009 ; 87 : 74-9.
52. Berger E, Crescentini A, Galeandro C, Mainardi Crohas G. La triangulation au service de la recherche en éducation, exemples de recherches dans l'école obligatoire. Actes du congrès de l'actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève. 2010.
53. Looze-Renault C. Vécu, attentes et connaissances des patients réalisant une tentative de sevrage tabagique : recherche qualitative auprès de patients dans le Nord Pas de Calais. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales. France : Lille : 2017.
54. Huteau ME, Gourlan M, Colombe A, Amalvy F, Lasserre Moutet A, Stoebner-Delbarre A. Education Thérapeutique du Patient (ETP) & Tabacologie : Elaboration d'un programme d'aide à la modification de la consommation de tabac pour des fumeurs motivés. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales : Genève : 2015.
55. RACGP. The Royal Australian College of General Practitioners. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne, Australia. 2011.
56. Gallus S, Muttarak R, Franchi M, Pacifici R, Colombo P, Boffetta P *et al.* Why do smokers quit ? European Journal of Cancer Prevention. 2013 ; 22(1) : 96-101.
57. Muller B, Saner H. Comment motiver le patient pour son changement de vie ? Forum Med Suisse. 2008 ; 8(35) : 626-31.

58. Chapman S, MacKenzie R. The global research neglect of unassisted smoking cessation : causes and consequences. *PLoS Med.* 2010; 7(2):e1000216. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000216>
59. Bansal MA, Cummings KM, Hyland A, Giovino GA. Stop-smoking medications : who uses them, who misuses them, and who is misinformed about them ? *Nicotine Tob Res.* 2004 ; 6(3) : 303–10.
60. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, *et al.* Treating tobacco use et dependence : 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
61. Gomajee R, El-Khoury F, Goldberg M, Zins M, Lemogne C, Wiernik E *et al.* L'utilisation de la cigarette électronique prédit-elle une réduction du tabagisme à long terme ? Données longitudinales de la cohorte Constances. INSERM UMR-S1136.
62. Anda RF, Remington PL, Sienko DG, Davis RM. Are physicians advising smokers to quit? the patient's perspective. *Jama.* 1987; 257(14) : 1916-9. DOI:10.1001/jama.1987.03390140086032
63. HAS, Haute Autorité de Santé. (page consultée le 02/07/2019). Communiqué de presse. Repérer précocément, intervenir et suivre les conduites addictives. 2015, [En ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2005216/fr/reperer-precocement-intervenir-et-suivre-les-consommations-addictives
64. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (page consultée le 03/07/2019). Portrait des professionnels de santé. Série études et recherche. 2016 ; 134, [En ligne]. http://www.paps.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/PDF/2016-02-11_DREES-portraits-PS.pdf
65. Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue AV, Migeot V, Defossez G *et al.* Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *Rev Mal Respi.* 2006 ; 23(5) : 426-9. DOI : RMR-11-2006-23-5-0761-8425-101019-20064180
66. Tabac-info-service.fr. (page consultée le 17/08/2019). Eviter la prise de poids au moment de l'arrêt, [En ligne]. <https://www.tabac-info-service.fr/Mes-Fiches-Pratiques/Eviter-la-prise-de-poids-au-moment-de-l-arret>
67. Kim SJ, Marsch LA, Brunette MF, Dallery J. Harnessing Facebook for Smoking Reduction and Cessation Interventions: Facebook User Engagement and Social Support Predict Smoking Reduction. *J Med Internet Res.* 2017 ; 19(5) : e168.
68. Graham AL, Zhao K, Papandonatos GD, Erar B, Wang X, Amato MS *et al.* A prospective examination of online social network dynamics and smoking cessation. *PLoS One.* 2017 ; 12(8) : e0183655.
69. Thieffine M. Groupe Facebook « Les Habitants de la Nouvelle-Aquitaine #MoisSansTabac 2017 » : analyse qualitative des échanges spontanés des participants durant le mois de novembre. Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales. France : Bordeaux : 2019.
70. Wiltshire S, Bancroft A, Parry O, Amos A. "I came back here and started smoking again": perceptions and experiences of quitting among disadvantaged smokers. *Health Educ Res.* 2003 ; 18(3) : 292–303.
71. Michie S, Van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci.* 2011 ; 23 : 6-42.
72. AGIR 33 Aquitaine. (page consultée le 1/08/2019). Addictutos, Tutoriel Sevrage Tabac. [En ligne]. <https://www.addictutos.com/page/tutoriels/tutoriel-sevrage-tabac>
73. Gallopel-Morvan K. Lutte contre le tabagisme : le paquet de cigarettes neutre est-il efficace ? *Bull Epidémiol Hebd.* 2013 ; 20-21 : 227-9.
74. Carson KV, Ameer F, Sayehmiri K, Hnin K, Van Agteren JE, Sayehmiri F *et al.* Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 ; 2(6) : CD001006. DOI:10.1002/14651858.CD001006.pub3.

9- ANNEXES

9.1- Questionnaire de recrutement

Questionnaire de recrutement des participants aux entretiens individuels

Bonjour / bonsoir, je suis étudiante en médecine et je travaille au sein de l'association AGIR 33..... Je réalise une étude dont le thème porte sur le tabac et la prévention.

Acceptez-vous de m'aider en répondant à quelques questions rapides que je vais vous poser (le questionnaire prend 3-4 minutes) ?

Q1 : Est-ce que vous travaillez dans le domaine de la santé (soignants, pharmaciens, kiné, etc.) ?

Oui 1 ne pas recruter, ARRETER LE QUESTIONNAIRE

Non 2 - aller à Q2

Q2 : Est-ce que vous travaillez dans le domaine du tabac (buralistes, compagnies de tabac, etc.) ?

Oui 1 - ne pas recruter, ARRETER LE QUESTIONNAIRE

Non 2 - aller à Q3

Q3 : Avez-vous déjà fumé (cigarettes, tabac à rouler, cigares) ?

Oui 1 - aller à Q4

Non 2 - ne pas recruter, ARRETER LE QUESTIONNAIRE

Q4 : Et aujourd'hui, est-ce que vous fumez régulièrement (au moins une cigarette – manufacturée, tabac à rouler, cigare- par jour) ?

Oui 1 - aller à Q5

Non 2 - ne pas recruter, ARRETER LE QUESTIONNAIRE

Q5 : Avez-vous l'intention d'arrêter de fumer dans les 30 prochains jours ?

Oui 1 - Recruter comme « EN PREPARATION », aller à Q6

Non 2 - aller à Q6

Pas sûr 3 - aller à Q6

Q6 : Avez-vous l'intention d'arrêter de fumer dans les 6 prochains mois ?

Oui 1 - Recruter comme « En intention », aller à Q7

Non 2 - ne pas recruter, ARRETER LE QUESTIONNAIRE

Pas sûr 3 - ne pas recruter, ARRETER LE QUESTIONNAIRE

9.2- Fiche d'information de l'étude

Avril-mai-juin 2019

FICHE D'INFORMATIONS SUR L'ETUDE

« *Perceptions du tabac et de la prévention chez les fumeurs* »

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre projet sur le thème « *Perceptions du tabac et de la prévention chez les fumeurs* » et merci d'avoir accepté de répondre à notre questionnaire. Dans le cadre de ce travail, nous cherchons des fumeurs qui seraient d'accord pour participer à un entretien, qui dure environ 1 heure. Voici quelques informations sur cette étude.

Quel est l'objectif de cette étude et qui la met en place ?

Cette étude a pour but de vous poser des questions générales sur vos *Perceptions du tabac et de la prévention en tant que fumeurs*. Les données récoltées ne sont pas utilisées dans un but commercial. Ce sont des XXX qui organisent cette étude.

Quels types de personnes sont interrogés ?

Nous cherchons environ 20-25 participants qui consomment du tabac au moins tous les jours. Nous menons l'enquête dans les zones géographiques de Périgueux, Bordeaux, et Langoiran. Nous cherchons à interroger des fumeurs âgés de 25 à 55 ans. Nous souhaitons interroger des participants avec des profils différents (hommes, femmes, différents âges, etc.).

Que vous sera-t-il demandé ?

Si vous acceptez de prendre part à ce projet, vous serez invité(e) à participer à une interview qui devrait durer environ 1 heure. Les questions posées sont très simples, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seul votre avis personnel nous intéresse. Si certaines questions vous mettent mal à l'aise ou que vous ne souhaitez pas y répondre, vous pouvez refuser d'y répondre.

Pour vous remercier de votre participation, il vous sera remis à la fin de l'entretien un bon cadeau de 20 euros, utilisables dans les enseignes suivantes : XX.

Quelles données ou informations seront recueillies et pour quelles utilisations ?

Nous allons enregistrer les réponses que vous allez apporter, mais elles seront bien sûr anonymisées (on ne vous demande ni votre prénom, ni votre nom de famille), on utilisera un numéro quand on analysera les données.

Les données recueillies seront stockées en toute sécurité, de manière à ce que seuls les membres de l'équipe de recherche soient en mesure d'y avoir accès.

9.3- Guide d'entretien

Thème 1 : consommation tabac, perception du tabac

Tout d'abord, je vais vous poser quelques questions sur le tabac en général :

Si je vous dis « tabac », qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Depuis quand fumez-vous ?

Pouvez-vous me dire comment/dans quelles circonstances vous avez commencé à fumer ?

Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne aujourd'hui ?

Quels types de cigarettes fumez-vous (« classiques », tabac à rouler, cigares) ?

Où, quand et comment fumez-vous (chez eux, au travail...) ?

Quelle est votre journée type avec le tabac ?

Que pouvez-vous me dire au sujet de votre entourage et du tabac ?

Avez-vous déjà parlé de votre consommation de tabac avec un professionnel de santé ?

Quels sont les autres professionnels de santé que vous avez rencontrés dans la dernière année ?

Quels sont les difficultés ou les facilités d'accès à ces professionnels ?

Avez-vous autre chose à ajouter sur votre consommation de tabac ?

Thème 2 : arrêt du tabac

Si je vous dis « arrêt du tabac », qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Est-ce que vous avez déjà essayé d'arrêter de fumer ?

Quelle impression, quels souvenirs gardez-vous de cette(ces) expérience(s) ?

(si oui question précédente) : Pouvez-vous m'expliquer comment vous vous y étiez pris pour arrêter de fumer ?

Est-ce que vous connaissez des personnes dans votre entourage qui ont déjà essayé d'arrêter de fumer ?

Actuellement, est-ce que vous avez envie d'arrêter de fumer ?

Est-ce que vous vous sentez capable d'arrêter de fumer ?

D'après vous, quelles sont les conditions pour réussir à arrêter de fumer, qu'est-ce qu'il faut mettre en place pour réussir à arrêter de fumer ?

Est-ce que vous trouvez que dans votre environnement, il y a des signes encourageants, des contextes favorables ou non à l'arrêt du tabac ?

Thème 3 : les aides à l'arrêt du tabac

Si je vous dis « aides pour arrêter de fumer », qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

(Pour ceux qui ont déjà essayé d'arrêter de fumer) : est-ce que vous avez déjà utilisé des aides pour arrêter de fumer ?

Est-ce que vous comptez utiliser des aides pour votre futur arrêt du tabac ?

Parmi vos amis, votre famille, est-ce que certaines personnes ont utilisé des aides pour arrêter de fumer ?

De manière générale, est-ce que vous pensez que les aides proposées aux fumeurs pour les aider à arrêter sont efficaces (= améliorent les chances de réussir à arrêter de fumer) ?

Je vais maintenant vous présenter différentes solutions qui existent pour aider les fumeurs à arrêter. Pour chacune, merci de répondre à quelques questions :

AIDE	QUESTIONS (à poser sur chaque aide, bien approfondir les réponses)	POUR VOTRE FUTUR ARRET DU TABAC (à poser sur chaque aide, bien approfondir les réponses)
Application d'aide à l'arrêt du tabac		
Site Internet d'aide à l'arrêt du tabac		
Groupes d'entraide à l'arrêt sur Facebook ou d'autres réseaux sociaux		
Groupes d'entraide à l'arrêt en face à face		
Numéro d'aide à l'arrêt 39 89		
E-cigarette	. Est-ce que vous connaissez ? Si oui :	. Est-ce que vous pensez que vous utiliserez cette aide
Substituts nicotiques (patchs, gommes, comprimés à sucer ou à faire fondre, inhalateur, spray buccal)	. est-ce que vous avez déjà utilisé ? Est-ce que des amis / personnes de votre entourage ont déjà utilisé ? Quelles sont les obstacles ou les facilités à l'utilisation de cette méthode ?	quand vous essaieriez d'arrêter de fumer ? (si oui ou non, pourquoi)
Traitements médicamenteux (Zyban, Champix, etc.)		
Thérapies cognitives et comportementales		
Suivi par un professionnel de santé (médecin, tabacologue, etc.)		
Acupuncture		
Hypnose		
Homéopathie		
Autre aide à laquelle le répondant pense ?		

Concernant la possibilité d'être conseillé et/ou accompagné par un professionnel de santé pour arrêter de fumer...

- . Est-ce que vous savez que ça existe ?
- . Qu'en pensez-vous ? (Favorable, défavorable, utile ou non, pourquoi)
- . Quels sont les effets positifs / négatifs qui vous viennent à l'esprit à propos de cette possibilité ?
- . Est-ce qu'un professionnel de santé vous a déjà parlé de l'arrêt du tabac / conseillé d'arrêter de fumer ? (si oui ou non, lesquels, contexte, conseil suivi ou non, etc.)
- . Est-ce que vous avez déjà fait appel à un professionnel de santé pour des questions sur le tabac ou une aide à l'arrêt ? (Si oui ou non, lesquels, pourquoi)

- . Est-ce que des amis / des personnes de votre entourage ont déjà fait appel à un professionnel de santé pour des questions sur le tabac ou une aide à l'arrêt ? (si oui ou non, lesquels, pourquoi)
- . Est-ce que vous pensez que ça peut être efficace ou non pour augmenter vos chances de réussir à arrêter de fumer ?
- . A quels professionnels de santé auriez-vous envie de faire appel pour vous aider à arrêter de fumer ?
- . D'après vous, à quels professionnels de santé peut-on demander des conseils / de l'aide pour arrêter de fumer ?
- . Quels sont à vos yeux les professionnels de santé qui seraient les plus crédibles pour vous aider à arrêter de fumer ?
- . Dans quels cas / pour quels fumeurs cette aide de la part des professionnels de santé peut être utilisée et efficace d'après vous ?

Depuis peu en France, les substituts nicotiques (patches, gommes, pastilles, comprimés à sucer...) peuvent être prescrits par les professionnels de santé suivants : les médecins, les sages-femmes, les infirmiers, les chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes.

Concernant le remboursement de ces substituts nicotiques : ils sont aujourd'hui remboursés à 100% (65% avec la sécurité sociale, le reste avec la mutuelle) et les pharmacies peuvent pratiquer la dispense d'avance de frais pour ces produits.

- . Etiez-vous au courant de cela ? (Si oui ou ont-ils obtenu cette information, si non quel support / média utiliser pour que les fumeurs soient au courant de cette information)
- . Qu'en pensez-vous ? (Favorable, défavorable, pourquoi)
- . Est-ce que cela pourrait vous inciter à solliciter ces professionnels de santé lorsque vous aurez décidé d'arrêter de fumer ? (Si oui ou non pourquoi)
- . Est-ce que cela pourrait vous inciter à utiliser les substituts nicotiques lorsque vous aurez décidé d'arrêter de fumer ? (Si oui ou non pourquoi)

Thème 4 : le programme de soutien à l'arrêt du tabac « idéal » selon lui / elle

On va maintenant vous demander de réfléchir à un programme d'aide à l'arrêt (accompagnement, services proposés, etc.) qui serait d'après vous le plus efficace et le plus aidant pour vous accompagner dans l'arrêt du tabac lorsque vous aurez décidé de passer à l'acte : un programme idéal pour vous.

Voici des idées et des propositions, sous forme de photos / visuels, que vous pouvez assembler pour construire votre programme d'aide à l'arrêt idéal (voici une feuille blanche sur laquelle vous pouvez coller vos choix et en proposer d'autres). Vous pouvez proposer 3-4 photos qui vous paraissent les plus importantes (photo du choix).

Maintenant, vous pouvez ajouter les photos complémentaires d'aides qui vous paraissent utiles (photo du choix).

Questions:

- Pourquoi ces choix ? Pourquoi c'est un programme idéal selon vous ?
- Si toutefois ce programme d'aide à l'arrêt était proposé aux fumeurs dans votre région, quel média faudra-t-il utiliser pour le faire connaître ?
- Si toutefois ce programme d'aide à l'arrêt était proposé aux fumeurs dans votre région, quel type d'arguments / de messages / de visuels faudrait-il utiliser pour motiver les fumeurs à participer à ce programme ?

9.4- Déclaration CNIL

CNIL
3 Place de Fontenay - 75318 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

Madame BONNAY HAMON Alice
20 RUE CONRAD GAUSSEN
33000 BORDEAUX

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration
2214411 v 0
du 17 juillet 2019

À LIRE IMPÉRATIVEMENT
La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement.
- 2) La pertinence des données traitées.
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données.
- 4) La sécurité et la confidentialité des données.
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et Libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : Madame BONNAY HAMON Alice	N° SIREN ou SIRET :
Service :	Code NAF ou APE :
Adresse : 20 RUE CONRAD GAUSSEN	Tél : 0629954465
Code postal : 33000	Fax :
Ville : BORDEAUX	

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Fait à Paris, le 17 juillet 2019

9.5- Feuille participation à l'étude et réception du bon d'achat 20 euros

DOCUMENTS A FAIRE REMPLIR PAR TOU·TES LES PARTICIPANT·ES AUX ENTRETIENS

Je soussigné·e,
Certifie avoir participé à un entretien individuel qui s'est déroulé
Le
À Et qui était animé par...
Fait à, le.....
Signature du·de la participant·e

Signature de l'animatrice de l'entretien individuel

Je soussignée,.....
Autorise l'association AGIR 33
À analyser de manière anonyme les dialogues que j'ai pu échangés lors de l'entretien individuel qui s'est déroulé
Le
À
Fait à, Le
Signature du / de la participant.e

Je soussigné·e,.....
Certifie avoir reçu, en échange de ma participation à un entretien individuel qui s'est déroulé
Le
A
Un chèque cadeau d'une valeur de 20 euros
Signature du / de la participant.e

10- 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.

11- RÉSUMÉ

Titre : Perceptions des fumeur·ses sur le programme idéal d'aide à l'arrêt du tabac : Enquête qualitative auprès des fumeur·ses au stade d'intention et préparation

Introduction : Avec 13 millions de fumeurs en France, le tabagisme reste en 2019 un enjeu majeur de santé publique. Notre thèse est incluse dans le projet LAST/PAST/5A, qui a pour finalité de favoriser l'accompagnement à l'arrêt du tabac par les professionnel·les de santé.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative avec analyse thématique d'entretiens semi-dirigés, auprès de 19 fumeurs en Aquitaine au stade d'intention / préparation *du modèle de Prochaska et Di Clemente*, recruté·es en mai 2019. L'étude bénéficie d'une triangulation des données, des chercheurs ainsi que d'une triangulation écologique. L'analyse des résultats a été réalisée selon la théorie ancrée. L'objectif principal était d'identifier les leviers à mobiliser pour favoriser la demande d'aide des fumeur·ses auprès des professionnel·les de santé de proximité, afin de les accompagner dans l'arrêt du tabac.

Résultats : Les aides disponibles au sevrage sont mal connues des fumeur·ses. Les freins à les utiliser sont le manque d'information, le coût, la méfiance et la peur de développer une autre forme de dépendance. Lors de l'élaboration de leur programme d'aide à l'arrêt « idéal », la·le professionnel·le de santé est choisi·e en première position. Pour la plupart des personnes interrogées, un soutien par un·e professionnel·le est favorable, mais la majorité des fumeur·ses ne sont pas enclin·es à un suivi sur le long cours.

Conclusion : L'intention de changement est très fragile chez les fumeur·ses. Pour limiter au maximum les obstacles face à ce changement, il faut que les professionnel·les agissent en proximité temporelle, géographique et humaine. Il est donc nécessaire de communiquer largement sur les bénéfices de l'arrêt du tabac et sur les aides disponibles et facilement accessibles, avec des messages et supports adaptés aux cibles.

Discipline : médecine générale

Mots-clés : Arrêt de tabac / Fumeurs / Personnel de santé / Médecine générale

Intitulé et Adresse de l'UFR : UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux.

ABSTRACT

Title : Smokers' perceptions of the assistance to stop smoking ideal program: A qualitative survey of smokers at the intent and preparation stage

Introduction : With 13 million smokers in France, smoking remains a major public health issue in 2019. Our thesis is included in the LAST / PAST / 5A project. It aims at encouraging smokers trying to quit being helped by health professionals.

Method : This is a qualitative study with thematic analysis of semi-structured interviews with 19 smokers in Aquitaine at the stage of intention / preparation of the model of Prochaska and *Di Clemente*. These smokers were recruited in May 2019. The study have been improved by the work of researchs, by a triangulation of data and an ecological triangulation. The analysis of the results was carried out according to the Grounded theory. The main objective was to identify the levers to mobilize to incentive people trying to quit smoking to ask for help from health professionals

Results : The possible helps for smoking-cessation are poorly know by smokers. The barriers to use them are the lack of information, the cost, the mistrust and the fear of developing another form of addiction. When developing their "ideal" assistance program, the health professional is chosen first. For most respondents, support from a professional is welcome. But the majority of smokers are not willing to long-term follow-up.

Conclusion : The will of change is very fragile among smokers. To minimize the obstacles to this change, professionals must act in temporal, geographical and human proximity. It is therefore necessary to communicate widely on the benefits of quitting smoking and on the available and easily accessible help. Messages and media must be customized according to the different targets.

Discipline : General Medicine

Tags : Quit-smoking / Smoking / Health Personnel / General Medicine

Title and Address of the UFR : Faculty of Medical Sciences of the University of Bordeaux.