



HAL
open science

Le #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine : bilan des actions recensées sur la plate-forme OSCARS

Guillaume Dumont

► **To cite this version:**

Guillaume Dumont. Le #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine : bilan des actions recensées sur la plate-forme OSCARS. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02879925

HAL Id: dumas-02879925

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02879925>

Submitted on 24 Jun 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.

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

Présentée et soutenue publiquement par

Guillaume DUMONT

Né le 16 janvier 1990 à Bordeaux

Le 12 février 2020

Le #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine : bilan des actions
recensées sur la plate-forme OSCARS

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Rapporteur de thèse :

Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON

Jury :

Monsieur le Professeur François Alla, Président du jury

Monsieur le Professeur Yves Montariol, Membre du jury

Monsieur le Professeur François Petregne, Membre du jury

« *Vulnerant omnes, ultima neecat* »

- *Proverbe latin*

Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe Castera, directeur de thèse, pour votre investissement extraordinaire dans ce travail. La confiance que vous avez portée mon égard a su tirer le meilleur de moi-même. Vous m'avez permis de surmonter les obstacles et m'avez guidé avec bienveillance.

A Madame Shona Barbette, pour l'aide que vous m'avez apporté tout au long de cette thèse. Vos précieux conseils, votre enthousiasme et la précision de vos réponses ont grandement contribué à la qualité de mon travail.

A Monsieur le Docteur Emmanuel Prothon, rapporteur de thèse, pour vos relectures attentives et exhaustives. Vos recommandations pertinentes et toujours justes ont permis d'affiner mes résultats et leurs présentations.

A Monsieur le Professeur François Alla. Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Yves Montariol. Vous avez tous mes remerciements sincères pour votre participation à ce jury de thèse, et l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Mr le Professeur François Petregne. Je vous remercie pour votre présence au sein de ce jury, et votre investissement dévoué à l'enseignement universitaire de la médecine générale.

Aux maîtres qui m'ont formé à la médecine, à l'université de Bordeaux, dans les hôpitaux, ou dans les cabinets de ville. Dr Karim Merrouche, Dr Hervé Petriat, Dr Charles Cousin-Maire, Dr Hélène Daulouède, Dr Marion Lecante, Dr Sylvie Lacosse-Terrin, Dr Virginie Pailloux, Dr Mathieu Chomienne, Dr Philippe Cazenave, Dr Emilia Marsac, Dr Jennifer Alves, Dr Pierre Bounolleau, Dr Daouda Massadimi, Dr Drissa Zongo, Dr Abdel Bakhti, Dr Soline Perdereau, Dr Michel-Ange Anoma-Kanie, Dr Idoia Lacoste, Dr Guilhem Sole, Dr Stéphane Olindo, Dr Mathilde Poli, Pr Igor Sibon, et les nombreux autres qui m'ont transmis leur savoir et leurs expériences.

A tous les professionnels de santé avec qui j'ai été amené à travailler sur mes lieux de stage : co-internes, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes, secrétaires. Vous avez partagé avec moi vos connaissances respectives et m'avez appris à travailler en équipe.

Aux patients qui me font confiance pour prendre soin de leur santé. Le contact avec vous m'enrichit chaque jour en tant qu'être humain.

A ma fiancée Anne-Carole. Ta présence est un soleil qui éclaire mon âme. Tu fais de moi un homme heureux et meilleur chaque jour qui passe. Je ne t'en remercierais jamais assez.

A mes parents, Jean-Lin et Chantal, pour votre soutien indéfectible. Vous m'avez toujours encouragé à poursuivre mes rêves, et m'en avez donné la possibilité par l'éducation merveilleuse que vous m'avez prodigué. Vous avez toujours été présents pour moi, et la fierté que je lis dans vos yeux depuis le début de mes études a toujours constitué le plus beau des encouragements.

A mon frère Maxime, à ma belle-sœur Julie et à mon filleul Simon. Votre bonne humeur inaltérable, votre dévotion sans faille envers vos proches et votre profonde gentillesse font de vous des êtres à part.

A mon frère Emmanuel. Tu as choisi la plus belle des voies, et cela me comble de joie. Ton esprit acéré, ta passion et ton humanité feront de toi un grand médecin.

A ma grand-mère Jacqueline. Ta bienveillance angélique et ton intelligence rare font de toi une personne merveilleuse, dont la compagnie réchauffe les cœurs. **A mon regretté grand-père Michel.** Ta profonde bonté d'âme et ton humour piquant ont toujours été pour moi une source d'inspiration.

A Yves, pour ses conseils avisés depuis toujours, et à **Sophie, Ambre, Naïa et Gorka** pour leur soutien et leur présence. **A Christine et Michel** pour leurs encouragements, ainsi qu'à **Mailys,** chère cousine et future consœur.

A ma belle-famille, Patrick, Catherine, Marie-Camille et Malric. Votre générosité, votre soutien et votre profond sens de la famille constituent des repères précieux à mes yeux.

A mes amis, Antoine, Yohann, Marco, Thomas, Guillaume, Florian, Maxime, Tristan, Océane, Emeline, Léopold, Alizée, Emilie, Julien, Vincent, Benjamin, Pierre, Charlotte, Julien, Elina, Johann, Etienne, Manon, Jean, Pierre, et à tous les autres, pour votre présence.

Table des matières

1. INTRODUCTION

- 1.1. Généralités sur le tabagisme en France**
 - 1.1.1. Données épidémiologiques actuelles p12
 - 1.1.2. Mesures de santé publique depuis 2010 p13
 - 1.1.3. Effets des politiques de santé publique et inflexion récente du tabagisme p16
- 1.2. Le #MoisSansTabac**
 - 1.2.1. Première édition (2016) p20
 - 1.2.2. Deuxième édition (2017) p21
 - 1.2.3. Troisième édition (2018) p22
 - 1.2.4. L'ambassade Nouvelle-Aquitaine du #MoisSansTabac p23
- 1.3. Question de recherche** p24
- 1.4. Objectifs de l'étude** p24

2. MATERIEL ET METHODES

- 2.1. Type d'étude** p25
- 2.2. Recueil des données**
 - 2.2.1. Description de la plate-forme OSCARS p25
 - 2.2.2. Description de la fiche d'action #MoisSansTabac p26
 - 2.2.3. Modalités de recueil des données, critères d'inclusion et d'exclusion p27
- 2.3. Analyses**
 - 2.3.1. Données recueillies p27
 - 2.3.2. Traitement des données p29
 - 2.3.3. Analyse quantitative observationnelle p30
 - 2.3.4. Analyse des correspondances multiples p30
 - 2.3.5. Classification ascendante hiérarchique p32
 - 2.3.6. Analyse des réponses aux questions ouvertes p33
- 2.4. Aspects éthiques** p33

3. RESULTATS

- 3.1. Résultats quantitatifs**
 - 3.1.1. Présentation générale p34
 - 3.1.2. Distribution des actions p35
- 3.2. Résultats qualitatifs**
 - 3.2.1. Analyse des correspondances multiples (ACM) p42
 - 3.2.1.1. Tableau de Burt et résultats numériques p42

3.2.1.2.	Graphique	p43
3.2.2.	Classification ascendante hiérarchique (CAH)	
3.2.2.1.	Matrices de proximité et dendrogramme	p49
3.2.2.2.	Profils de classe	p52
3.2.3.	Analyse des réponses aux questions ouvertes	
3.2.3.1.	Analyse lexicale	p54
3.2.3.2.	Sélection de commentaires remarquables	p59
3.2.4.	Analyse des actions menées par les professionnels de santé libéraux	p60
3.2.5.	Sélection d'actions remarquables	p62

4. DISCUSSION

4.1. Forces et limites

4.1.1.	Forces	p64
4.1.2.	Limites	p64

4.2. Discussion des résultats

4.2.1.	Résultats quantitatifs	p65
4.2.2.	Analyse des correspondances multiples : interprétations	p67
4.2.3.	Classification ascendante hiérarchique : interprétations	p71
4.2.4.	Questions ouvertes	p74
4.2.5.	Actions des professionnels de santé libéraux	p75

4.3. Perspectives d'amélioration

4.3.1.	La fiche d'action de la plateforme OSCARS	p77
4.3.2.	Le #MoisSansTabac	p78

5. CONCLUSIONS p81

SERMENT D'HIPPOCRATE

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Liste des abréviations utilisées

ACM = Analyse des correspondances multiples

AM = Assurance Maladie

ANPAA = Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

ARS = Agence régionale de santé

AVC = Accident vasculaire cérébral

BEP = Brevet d'étude professionnel

BPCO = Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CAF = Caisse d'allocations familiales

CAH = Classification ascendante hiérarchique

CAP = Certificat d'aptitude professionnel

CHU = Centre hospitalo-universitaire

CO = Monoxyde de carbone

DAM = Déléguée Assurance Maladie

DSP = Délégué Santé Prévention

EHPAD = Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ELSA = Equipe de liaison et de soins en addictologie

IFSI = Institut de formation en soins infirmiers

IREPS = Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

IRPS = Institut de recherche en prévention santé

JIM = Journal International de Médecine

MILDECA = Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MG = Médecin généraliste

MGEN = Mutuelle générale de l'éducation nationale

MOOC = Massive open online courses

OSCARS = Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé

PNLT = Plan national de lutte contre le tabagisme

PNRT = Plan national de réduction du tabagisme

ROSP = Rémunération sur objectif de santé publique

SPF = Santé publique France

TIS = Tabac info service

TSN = Traitement substitutif nicotinique

URPS = Union régionale des professionnels de santé

Index des figures et tableaux

Figure 1 : Evolution des prix minimums du paquet de 20 cigarettes depuis 2000 en France

Figure 2 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France, de 2000 à 2017

Figure 3 : Prévalence du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans en France de 2000 à 2017

Figure 4 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme (18-75 ans), le revenu par unité de consommation (18-75 ans) et la situation professionnelle (18-64 ans) en France de 2000 à 2017

Figure 5 : Nombre d'actions par type de structure lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine

Figure 6 : Nombre d'actions par type de public cible spécifique lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine

Figure 7 : Nombre d'actions menées par département pendant le #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine

Figure 8 : Nombre d'actions pour 10 000 habitants par département menées pendant le #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine

Figure 9 : Répartition des actions par type de structure selon le département lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine

Figure 10 : Types d'actions utilisées pendant le #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine

Figure 11 : Objectifs des actions menées lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine

Figure 12 : Représentation graphique de l'Analyse des Correspondances Multiples

Figure 13 : Gros plan sur les modalités centrales de la représentation graphique de l'Analyse des Correspondances Multiples

Figure 14 : Dendrogramme

Figure 15 : Diagramme des niveaux

Figure 16 : Dendrogramme après troncature

Figure 17 : Nuage de mots « Observations »

Figure 18 : Nuage de mots « Précisions sur le public »

Figure 19 : Nuage de mots « Précisions sur le lieu d'action »

Figure 20 : Nuage de mots « Précisions sur le type d'action »

Tableau I : Tableau de Burt (extrait 1)

Tableau II : Tableau de Burt (extrait 2)

Tableau III : Matrices de proximité (extrait)

Tableau IV : Caractéristiques des classes

I/INTRODUCTION

1.1. Généralités sur le tabagisme en France

1.1.1. Données épidémiologiques actuelles

En France, la prévalence du tabagisme quotidien des personnes âgées de 18 à 75 s'élevait en 2017 à 26,9%, selon le baromètre santé 2017 de Santé Publique France (1). Ce taux très élevé classe notre pays parmi les plus grands consommateurs de tabac en Europe, avec une prévalence s'élevant à 33% de fumeurs quotidiens chez les 15 ans et plus, pour une moyenne européenne à 24% seulement (2).

L'impact négatif du tabagisme sur la santé des français est extrêmement fort. En agissant comme un facteur de risque impliqué dans un grand nombre de pathologies, la consommation de tabac constitue la première cause de mortalité évitable, avec 73 000 décès lui étant attribuables en 2013 (3).

Au total, le tabagisme est responsable de près d'un décès sur huit dans notre pays. Outre la mortalité qu'il entraîne, il est également responsable d'une perte d'autonomie plus précoce et de la survenue de handicaps via des pathologies comme les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO), les accidents vasculaires cérébraux (AVC), ou encore les cardiopathies ischémiques.

La consommation de tabac pendant la grossesse reste également un problème d'actualité, et concernerait entre 20 et 25% des femmes enceintes (4). Ce comportement serait plus fréquent parmi les femmes les plus jeunes et les moins diplômées. Le tabagisme pendant la grossesse constitue un facteur de risque de nombreuses complications, comme les fausses couches, les naissances prématurées, ou encore les grossesses extra-utérines (5). Il est également associé à un nombre plus élevé de faibles poids de naissance, de retard de croissance intra-utérine, de mauvais développement neurologique, et de syndrome de mort subite du nourrisson (6). En France, les recommandations sont d'éviter toute cigarette pendant la grossesse (7, 8). Pourtant, 36% des femmes enceintes déclarent ne pas avoir été informée spécifiquement par le médecin ou la sage-femme de l'impact du tabagisme pendant leur grossesse. Si l'on observe une réduction de la quantité de cigarettes consommées chez la majorité des femmes enceintes fumeuses, on constate tout de même une persistance du tabagisme quotidien chez la moitié d'entre elles (4).

En France, le tabagisme ne touche pas toutes les catégories sociales de la même façon. En effet, la prévalence du tabagisme quotidien diffère fortement entre (1) :

- Les personnes sans diplômes (36%) et celles ayant au moins le bac (20%),
- Les chômeurs (44%) et les actifs occupés (29%),
- Les personnes aux plus bas revenus (34%, pour le 1er tercile) et celles aux revenus les plus élevés (20%, pour le 3ème tercile).

La consommation de tabac est donc un facteur d'accroissement des inégalités sociales de santé : elle touche plus sévèrement les populations les plus précaires. Elle génère à elle seule la moitié de la différence d'espérance de vie entre les catégories aux revenus les plus faibles et celles aux revenus les plus élevés (9). Ajouté à cela, certaines études ont montré que les fumeurs appartenant aux catégories sociales les moins favorisées avaient plus de difficulté à arrêter de fumer (10).

Le tabagisme est également responsable d'un coût social important, contrairement aux idées reçues dans la population qui en font une manne salvatrice pour l'Etat. Ce coût social, largement dû aux soins et à l'accompagnement du handicap, était estimé net à 120 milliards d'euros en 2010, en prenant en compte les taxes et les retraites non versées du fait des décès prématurés. Le tabagisme représente donc, en plus des problématiques de santé qu'il apporte, un véritable gouffre financier pour notre société (11, 12).

Ces données sur le tabagisme et leur comparaison avec les autres pays d'Europe, qui ne joue pas en faveur de la France, ont permis une prise de conscience de l'ampleur du problème, et ont justifié la mise en place de mesures de santé publique fortes depuis quelques années, notamment depuis 2010.

1.1.1. Mesures de santé publique depuis 2010

Depuis 2010, diverses mesures ont été apportées afin de faire reculer le tabagisme. Plusieurs axes ont été abordés, visant à la fois à diminuer l'entrée des jeunes dans le tabagisme, à faciliter l'arrêt des fumeurs, ou encore à jouer sur l'économie du tabac.

En avril 2010, les **messages visuels contenant des photographies** ainsi que les coordonnées de Tabac Info Service remplacent les simples avertissements sanitaires textuels sur tous les paquets de cigarette. En avril 2011, ces messages sont étendus aux autres produits de tabac : cigarillos, cigares et tabac à rouler ou à pipe.

Entre 2010 et 2014, des **hausse de prix répétées et régulières** frappent le paquet de cigarettes (novembre 2009, novembre 2010, octobre 2011, octobre 2012, juillet 2013, janvier 2014). Le prix du paquet le plus vendu passe de 5,30 euros à 7 euros lors de cette période, soit une augmentation de 34% sur 4 ans (2) (Figure 1).

En septembre 2014, le Ministère des Solidarités et de la Santé lance son **Programme national de**

réduction du tabagisme, qui fixe une ligne directrice pour les 5 années à venir concernant la lutte contre le tabagisme (13).

Le 26 janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé instaure les **paquets neutres standardisés** (14). La France devient le deuxième pays à instaurer ce paquet neutre standardisé, après l'Australie. En outre, la loi promulgue également l'interdiction de publicité sur les lieux de vente de tabac, l'interdiction de certains additifs et arômes, et l'interdiction de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur.

En novembre 2016 se tient la première édition du **#MoisSansTabac**. En même temps, **les substituts nicotiques prescrits sont remboursés à hauteur de 150 euros** par an et par personne (15).

Le 1er janvier 2017 débute la commercialisation obligatoire des paquets neutres standardisés. Entre février 2017 et mars 2018, de nouvelles hausses du prix du tabac sont pratiquées, aboutissant à un prix moyen du paquet de cigarettes autour de 8 euros.

En 2018, un **nouveau Programme national de lutte contre le tabac** est présenté pour fixer le cap jusqu'en 2022 (16). Il poursuit la ligne directrice du précédent sur certains points, mais contient également un grand nombre d'initiatives novatrices. Voici quelques-unes des actions futures présentées dans ce nouveau plan national :

- Développer un dispositif de communication destiné et adapté aux publics jeunes inspiré du dispositif Truth des Etats-Unis, qui présente des données factuelles adaptées aux jeunes sur le tabagisme et la cigarette électronique.
- Augmenter le nombre d'espaces publics sans tabac (plages, etc.).
- Renforcer le remboursement des traitements de substitution nicotinique pour aboutir à un remboursement similaire à celui des médicaments remboursables : cette mesure a été mise en place en janvier 2019, avec désormais un remboursement à 65% à la place du plafond annuel de 150 euros.
- Poursuivre et amplifier le **#MoisSansTabac** en déclinant notamment les outils et supports de communication à l'attention des populations prioritaires, ainsi qu'en poursuivant les travaux d'évaluation de cette campagne afin de l'ajuster.
- Poursuivre l'augmentation de la fiscalité de l'ensemble des produits du tabac.
- Lutter contre les achats transfrontaliers en favorisant un rapprochement des niveaux de fiscalité des produits de tabac au sein de l'Union Européenne et en réduisant les quantités de tabac pouvant être achetées par des particuliers.
- Accompagner la transformation du métier de buraliste par un accompagnement de 2000 buralistes chaque année.

- Amplifier la recherche sur l'ensemble des thématiques et des maladies liées au tabac, impliquer de jeunes chercheurs sur les questions de lutte contre le tabac.
- Améliorer les connaissances sur la cigarette électronique et les produits de vapotage.
- Développer un pôle de connaissances francophone dédié au tabac, qui visera entre autres à émettre des recommandations de bonnes pratiques pour la mise en place de politiques publiques de lutte contre le tabac.

Les objectifs affichés par ce nouveau plan santé sont clairs et ambitieux :

- D'ici **2020**, abaisser à moins de **24%** la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans (ce qui reviendrait à une baisse de presque 8% par rapport à 2017).
- D'ici **2022**, abaisser à moins de **22%** la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans, à 20% chez les adolescents de 17 ans.
- D'ici **2027**, abaisser à moins de **16%** la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans, soit cinq millions de fumeurs en moins par rapport à 2017.
- D'ici **2032**, faire en sorte que les enfants nés depuis 2014 deviennent la **première génération d'adultes sans tabac** (moins de 5% de fumeurs) (16).

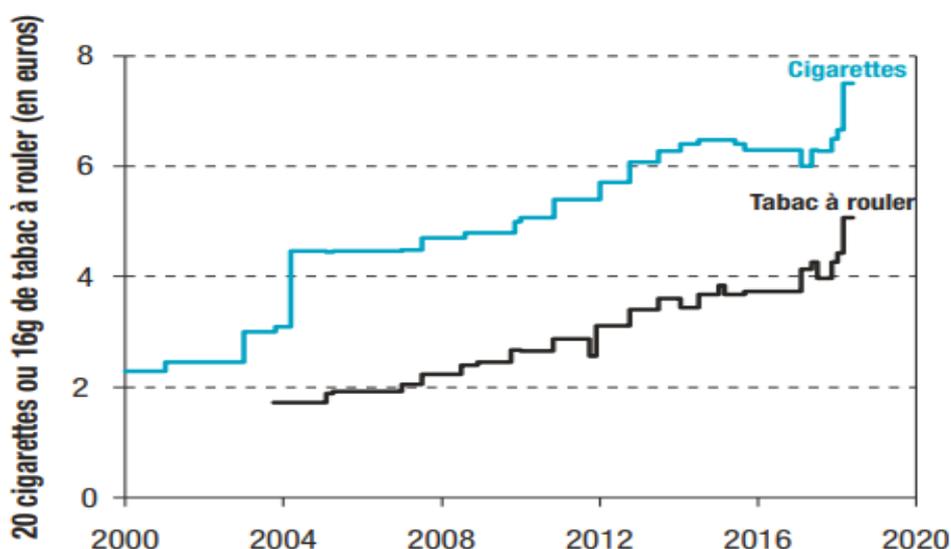


Figure 1 : Evolution des prix minimums du paquet de 20 cigarettes depuis 2000 en France (1)

1.1.1. Effets des politiques de santé publique et inflexion récente du tabagisme

Les effets de ces mesures de lutte contre le tabagisme ont, pour certaines, été étudiées, soit directement en France, soit dans d'autres pays dont nos organismes de santé publique se sont inspirés.

Les conséquences de la taxation et du prix du tabac ont fait l'objet de nombreuses études. Pour la France, une étude estimait en 1997 qu'une hausse de 1% du prix du tabac induisait une baisse de sa consommation d'environ 0,5% au bout de 3 mois (17). Une étude plus récente estimait en 2011 qu'une hausse de 10% du prix entraînait une réduction des ventes de 4% (18). Le même résultat a été retrouvé sur une étude internationale ciblant les pays industrialisés comparables à la France (19). Enfin, une étude française parue dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire en mai 2018 préconisait une poursuite des hausses de taxation au-delà de 2020 afin de pallier à l'absorption réalisée par les industriels, qui fait que les hausses de taxe ne sont pas directement répercutées sur les prix du tabac, et augmentent donc moins que prévu (20).

Les effets du paquet neutre avaient déjà été analysés en Australie avant que la France ne mette en place cette mesure, par de nombreux articles. Un impact positif avait été retrouvé sur la réduction de consommation du tabac (21). Des travaux scientifiques menés dans un contexte français ont confirmé que sa mise en place dans notre pays aurait également un intérêt (22). Des analyses réalisées a posteriori de la mise en place du paquet neutre ont montré qu'il permettait de rendre le tabac moins attrayant pour les jeunes et de leur apporter une meilleure connaissance des effets délétères sur la santé (23).

Enfin, le remboursement des substituts nicotiques répond à une logique simple se basant sur leur efficacité dans l'arrêt du tabac, qui a été largement démontrée (24, 25). Il avait également été prouvé que le prix des traitements substitutifs nicotiques pouvait être un frein à l'arrêt du tabac, en particulier chez les populations les plus précaires, et qu'un accès facilité à ces traitements était associé à de meilleurs résultats de sevrage (26, 27).

Revenons à présent sur les chiffres présentés dans la partie *Données épidémiologiques actuelles*, et comparons-les avec ceux des années précédentes. Le graphique suivant présente l'évolution de la prévalence du tabagisme parmi les 18-75 ans. Il s'appuie sur les différents baromètres santé des années correspondantes (1).

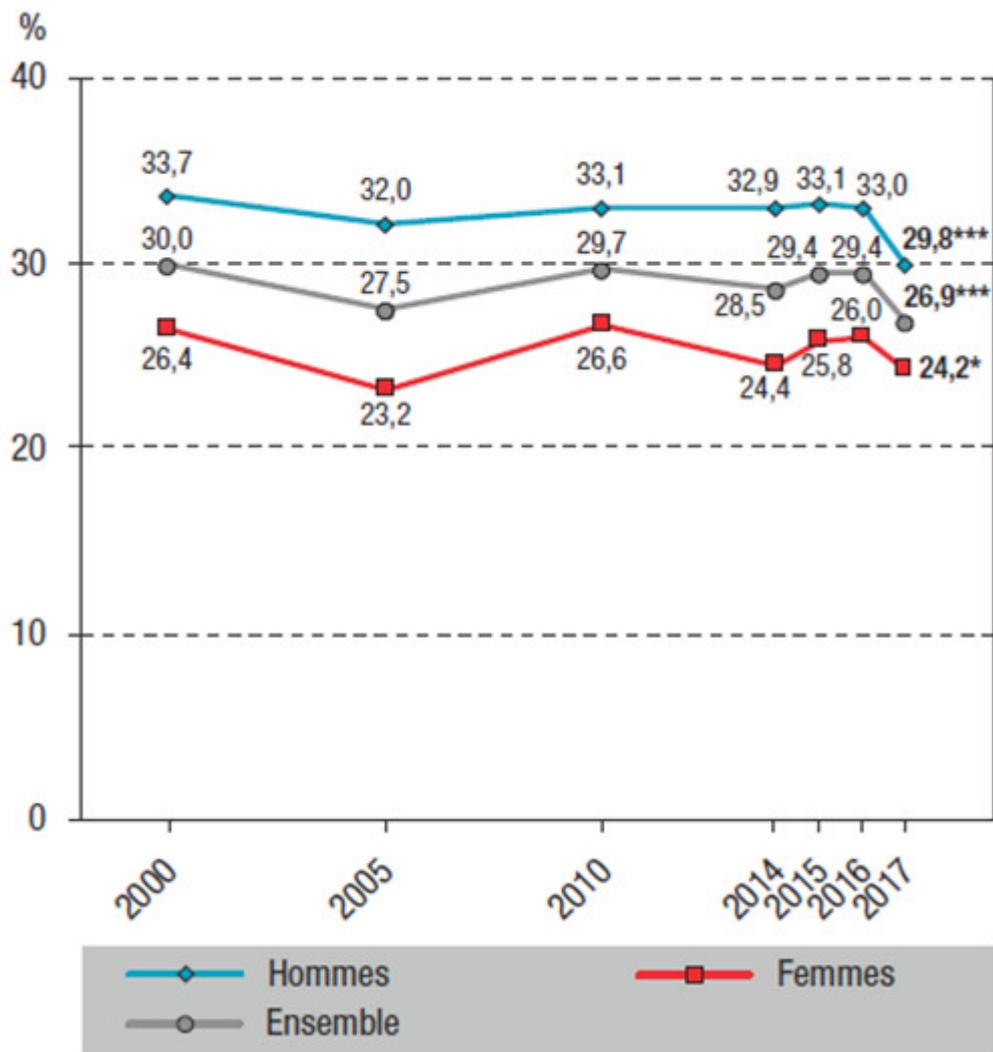


Figure 2 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France, de 2000 à 2017 (1)

On note que les changements ont été fluctuants et relativement modestes entre 2000 et 2016, avec une prévalence passant de 33,7% à 33% pour les hommes, de 26,4% à 26% pour les femmes, et de 30% à 29,4% pour l'ensemble des deux sexes.

Cependant, entre 2016 et 2017, on constate un véritable décrochage de la prévalence du tabagisme, qui passe de 29,4% à 26,9%. Cette baisse de 2,5% correspond à environ 1 million de fumeurs quotidiens en moins (28).

La prévalence du tabagisme quotidien a diminué pour toutes les tranches d'âge à l'exception des femmes de 45-54 ans et des hommes de 25-34 ans, mais les résultats les plus encourageants concernent les jeunes de sexe masculin. En effet, on constate une chute de 8,9% pour les hommes de 18 à 24 ans, et une baisse modérée de 0,4% pour les femmes du même âge. La figure 3 ci-dessous représente la prévalence par tranche d'âge.

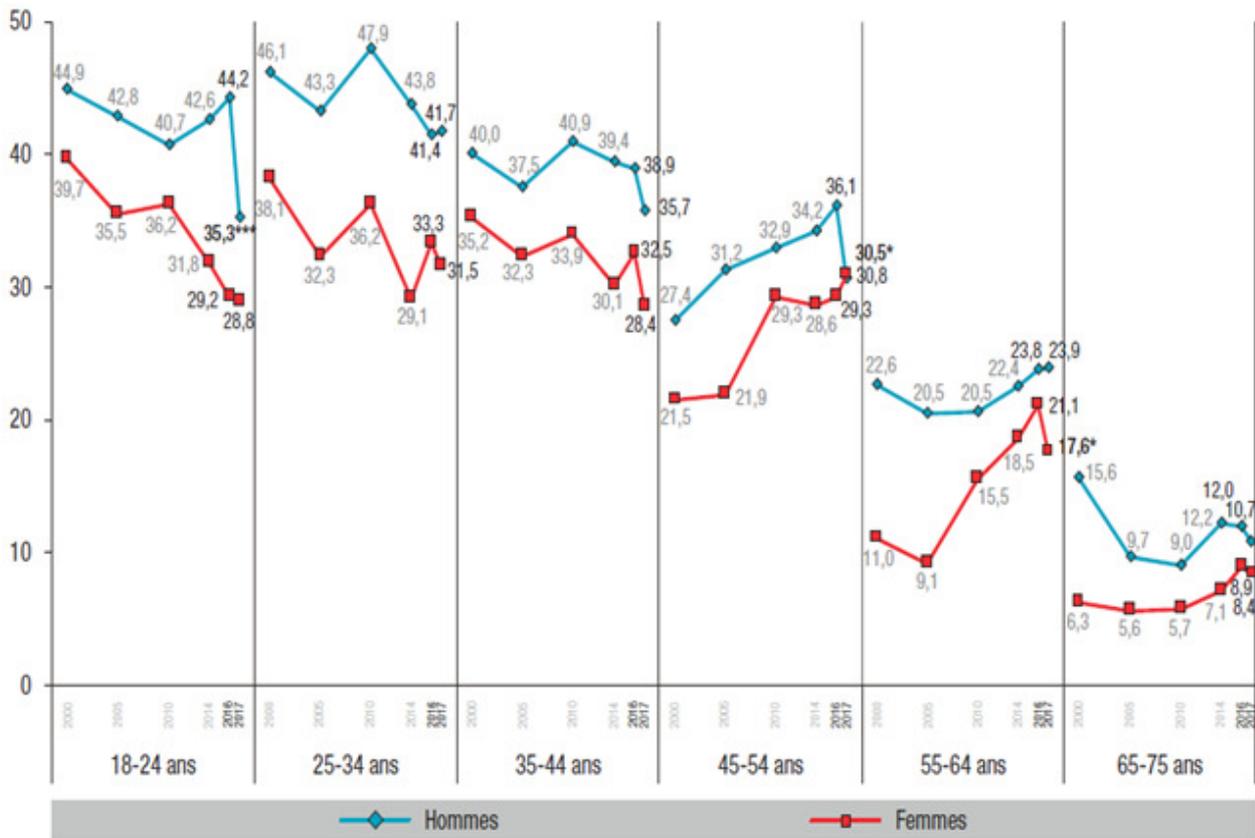


Figure 3 : Prévalence du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans en France de 2000 à 2017 (1)

On note également une diminution des inégalités sociales. En effet, les baisses sont plus importantes chez les personnes aux revenus moindres, aux diplômes inférieurs, ou aux chômages. Ces résultats sont très positifs, car les dernières années étaient au contraire marquées par un accroissement des inégalités, comme l'atteste la figure 4.

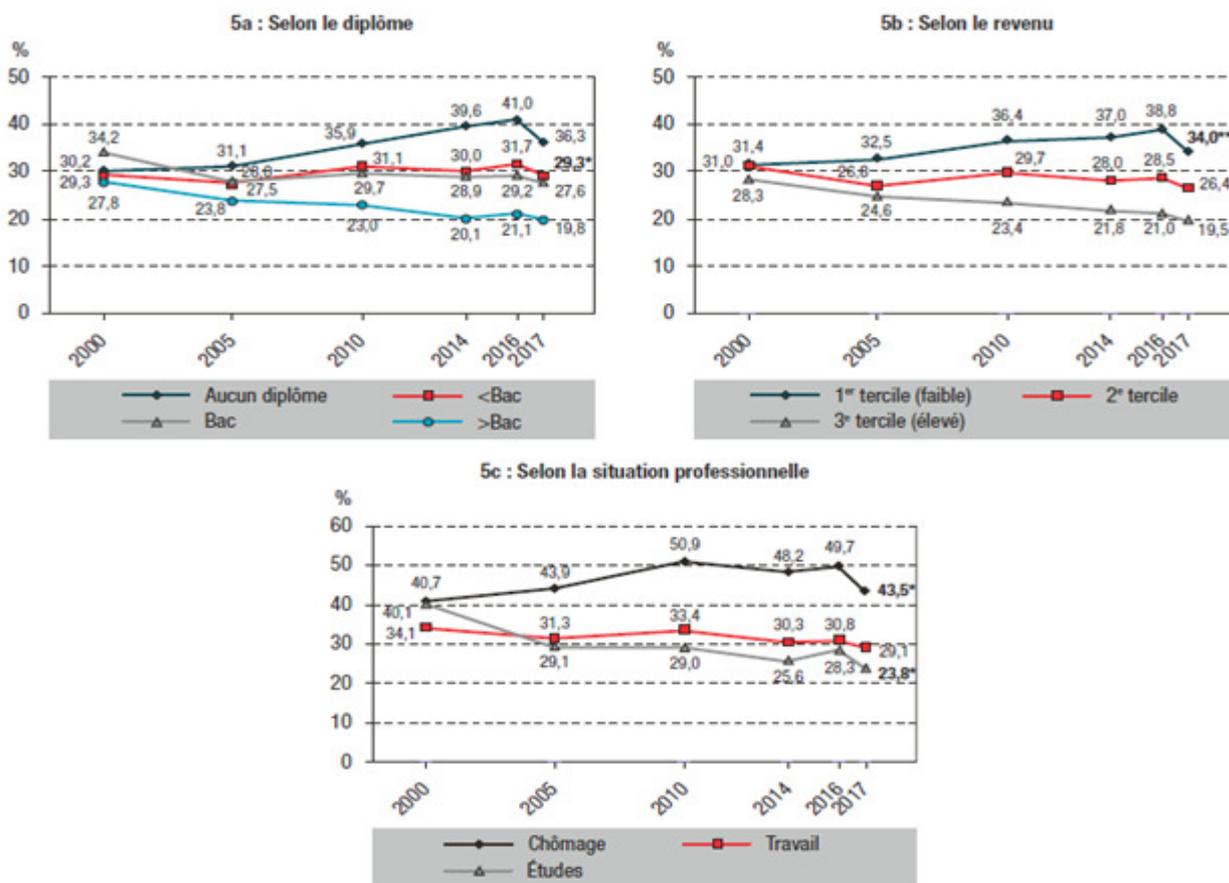


Figure 4 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme (18-75 ans), le revenu par unité de consommation (18-75 ans) et la situation professionnelle (18-64 ans) en France de 2000 à 2017 (1)

Les consommateurs occasionnels sont également moins nombreux. En effet, la prévalence des personnes déclarant fumer au moins occasionnellement a baissé de 3,2%.

Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour apparaît en très légère baisse, désormais à 13,0 pour l'ensemble des fumeurs quotidiens contre 13,3 en 2017.

Au total, bien que la prévalence du tabagisme reste très élevée en France, on retiendra qu'il existe une inflexion depuis 2016, touchant plus particulièrement les jeunes et les personnes en difficulté socio-économique. Ces premiers résultats encourageants sont certainement attribuables en partie aux mesures de luttes anti-tabac menées ces dernières années, avec l'instauration du paquet neutre standardisé, les hausses de prix, le remboursement des substituts nicotiques et l'opération #MoisSansTabac. Ils constituent un contexte favorable, qui incite à poursuivre sans relâchement les actions menées, en vue d'une génération sans tabac d'ici 2032 comme l'envisagent les objectifs du plan national de lutte contre le tabac.

1.2. Le #MoisSansTabac

1.2.1. Première édition (2016)

Le #MoisSansTabac tel que nous le connaissons en France est inspiré de la campagne de marketing social britannique *Stoptober*. L'objectif de cette campagne est d'inciter les fumeurs à tenter d'arrêter de fumer pendant un mois, grâce à une communication faisant appel aux techniques de marketing social. Ce seuil d'un mois a été choisi, car il représente un délai après lequel les symptômes de sevrage tabagique sont fortement réduits, et est associé à une multiplication par cinq des chances de sevrage définitif (29).

La première édition de *Stoptober* a été menée en octobre 2012 en Grande-Bretagne, et ses résultats ont été particulièrement intéressants, puisque 350 000 tentatives d'arrêt supplémentaires du tabagisme ont été observées lors de ce mois comparativement aux mois d'octobre de la période 2007 à 2011 (30).

Ces résultats semblaient exportables, car d'autres études ont montré que l'exposition aux campagnes de ce genre étaient associées à davantage de tentatives d'arrêt, quel que soit le niveau de diplôme ou de revenu des fumeurs (31).

Dans le cadre du Plan national de réduction du tabagisme, les services de santé français ont adapté ce dispositif sur notre territoire, afin de mener en novembre 2016 la première édition du #MoisSansTabac (32).

Comme *Stoptober*, cette campagne repose sur une communication via de nombreux médias (internet, télévision, radio, affichages etc.) et l'engagement local d'acteurs divers pouvant être des établissements de santé, associations, collectivités, entreprises, et bien d'autres. L'Assurance Maladie a lancé un appel d'offre aux actions locales, afin de financer les projets les plus aboutis (33).

En pratique, cette première campagne nationale s'est déroulée en 3 phases :

- En septembre, une promotion autour de l'évènement a été réalisée autour des professionnels de santé et des partenaires potentiels
- En octobre, une campagne d'information a été menée afin d'encourager les fumeurs à envisager une tentative d'arrêt et à s'inscrire sur tabac-info-service.fr
- En novembre, des actions ont été menées dans toute la France par les partenaires de l'évènement afin de soutenir les fumeurs engagés dans une démarche d'arrêt

L'évaluation de la campagne (34) a été, comme pour *Stoptober* en Grande-Bretagne, très positive, comment le montrent ces quelques résultats :

- La communication autour de la campagne a été efficace, puisque 4 personnes sur 5 ont déclaré avoir entendu parler du #MoisSansTabac (79,2%), et ce taux est encore plus élevé chez les fumeurs quotidiens (82,9%).
- Les acteurs se sont mobilisés dès cette première édition, et 2259 actions ont été recensées sur la plateforme OSCARS pour l'ensemble du territoire français.
- Le site internet tabac-info-service.fr a recueilli 1,3 millions de visites, et a permis à 180 000 fumeurs de s'inscrire pour participer à l'opération. Plus de 72 000 fumeurs se sont inscrits sur l'application de coaching. Le dispositif téléphonique Tabac info service a reçu plus de 15 000 appels en octobre et novembre, soit une augmentation de 35% par rapport à la même période en 2015.
- En termes d'impact direct sur le tabagisme, la campagne a permis de générer un grand nombre de tentatives d'arrêt supplémentaires : en effet, 380 000 fumeurs ont déclaré avoir fait une tentative d'arrêt en lien avec le #MoisSansTabac au dernier trimestre 2016. Les deux tiers d'entre eux (67,1%) ont eu recours à une aide extérieure. Six mois plus tard, environ 20% d'entre eux étaient toujours abstinents, ce qui représente près de 80 000 fumeurs (35).

1.1.1. Deuxième édition (2017)

Les résultats du premier #MoisSansTabac étant particulièrement encourageant, c'est tout naturellement qu'une deuxième édition a vu le jour en novembre 2017, toujours sous l'impulsion du Ministère des Solidarités et de la Santé, de Santé publique France, et de l'Assurance Maladie.

La recette globale de l'évènement est restée la même, mais quelques améliorations ont été apportées (36), avec notamment la création de Fan zones dans 12 grandes villes de France (Paris, Amiens, Rouen, Brest, Angers, Tours, Bordeaux, Toulouse, Marseille, Saint-Etienne, Besançon et Metz). Déployées sur de grandes places publiques, elles comprenaient des espaces d'information et la possibilité de consulter directement des professionnels de santé pour aborder le problème du tabagisme.

La dimension collective a été renforcée, avec la création d'équipes thématiques ou géographiques sous forme de groupes sur Facebook, que pouvaient rejoindre les participants afin d'échanger et de s'assurer d'un soutien mutuel.

La communication autour de la campagne s'est faite également plus importante, et a inclue notamment des personnalités comme Michel Cymès et Laurent Romejko, respectivement coach et

fumeur, dont le parcours d'arrêt du tabac a été relaté sous forme d'une websérie.

Bien d'autres points ont été améliorés, comme le kit d'arrêt qui a été simplifié, les affiches et slogans qui ont été repensés, ou encore la communication avec les professionnels de santé qui a été renforcée. Un effort a également été fait pour lutter plus efficacement contre le tabagisme au sein des populations les plus vulnérables, grâce à l'inclusion d'acteurs de terrains en relation avec ces populations.

Pour cette seconde édition, 3713 actions ont été enregistrées sur la plateforme OSCARS, ce qui constitue une impressionnante hausse de 64% par rapport à 2016 (37).

En termes de fréquentation, les résultats sont restés satisfaisants, bien qu'un peu moins importants que ceux de l'édition 2016. Le site tabac-info-service a accueilli 1,2 millions de visiteurs uniques et 158 000 inscrits. L'application a été téléchargée plus de 94 900 fois, et la ligne téléphonique a enregistré 11 861 appels (38). Le nombre de tentatives et d'arrêts liés à cette seconde édition n'a pas encore été évalué.

1.1.2. Troisième édition (2018)

Pour l'édition 2018, la communication a encore été renforcée, et mise en place plus précocement. Un spot radio a été diffusé fin septembre pour inviter les fumeurs à se préparer au #MoisSansTabac (39). Une campagne télévisée sous forme de 5 films a été diffusée du 1er octobre au 2 novembre. Cette année encore, deux célébrités (l'humoriste Titoff et la Miss France 2007 Rachel Legrain-Trapani) ont relevé le défi de l'arrêt du tabac dans une émission hebdomadaire diffusée sur TF1 (40).

Le nombre de Fan zones a été augmenté, et des Villages #MoisSansTabac, leurs équivalents de moindre taille, ont été montés dans les plus petites villes.

Des initiatives ont été menées pour inclure davantage les professionnels de santé. Tous les professionnels de santé libéraux prescripteurs ont reçu de Santé Publique France une lettre d'information sur la campagne #MoisSansTabac par mail et/ou par voie postale, cosignée par les Ordres correspondants. Les Délégués Assurance Maladie (DAM) ont également délivré une information aux professionnels lors de leurs visites, ainsi que les Délégués Santé Prévention (DSP) des associations de santé. Un partenariat avec le Journal International de Médecine (JIM) a été mis en place afin de communiquer sur la campagne et d'orienter les professionnels de santé vers des modules de formation en ligne sur la prise en charge du tabagisme. Enfin, certaines Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), comme certaines associations de santé, ont relayé les informations à destination des professionnels de santé, et ont proposé des formations à

l'accompagnement des patients tabagiques (comme les associations AGIR 33, ARIA PC, Addictlim et RESAPSAD en Nouvelle-Aquitaine).

L'Assurance Maladie a renouvelé son appel à projet dans le but de financer des actions locales, en privilégiant celles qui accompagnaient les fumeurs dans leur démarche de sevrage, et en mettant l'accent en particulier sur les publics prioritaires : les jeunes, les femmes enceintes et les personnes en difficultés sociales (40).

Les résultats de la fréquentation ont montré un record de participation pour cette troisième édition. Plus de 241 000 personnes se sont inscrites sur tabac-info-service, soit une progression de 54% par rapport à 2017. L'application a été téléchargée près de 86 000 fois. La ligne téléphonique a enregistré 21 000 appels (41).

1.1.3. L'ambassade Nouvelle-Aquitaine du #MoisSansTabac

La Nouvelle-Aquitaine est fortement touchée par le tabagisme, avec une prévalence de fumeurs quotidiens estimée à 27,4%, supérieure à la prévalence nationale qui est de 26,9% pour les 18-75 ans (42). Chez les femmes enceintes, la consommation de tabac est également plus importante qu'au niveau national, avec une prévalence de consommation au 3^{ème} trimestre estimée à 22,9% pour une moyenne française à 16,2%. Ces chiffres élevés et préoccupants justifient des moyens importants en Nouvelle-Aquitaine.

Les partenaires de la région sont fortement investis dans la campagne #MoisSansTabac, notamment grâce à la tenue de 12 réunions sur chaque département en vue de maintenir la mobilisation d'une année à l'autre. Le nombre d'actions recensées sur la plate-forme OSCARS pour 2018 est satisfaisant, puisque la Nouvelle-Aquitaine se place deuxième région après les Hauts-de-France. Parmi ces actions, trois Fan Zones ont été déployées à Poitiers, Limoges et Bordeaux, ainsi que trois villages Moi(s)s sans tabac à Angoulême, Périgueux et Mont de Marsan (43). L'utilisation des réseaux sociaux a été importante, et la Nouvelle-Aquitaine a représenté le premier groupe Facebook régional #MsST en termes d'affluence, comme ce fut également le cas pour les éditions 2016 et 2017.

Concernant la formation des professionnels de santé de la région, 12 soirées de formation aux prescripteurs ont été organisées sur chaque territoire en amont de la campagne grâce à l'investissement des associations locales et de l'Assurance Maladie. Des tutoriels en ligne sur le sevrage tabagique (et les autres addictions) développés par l'association AGIR 33 sont accessibles

toute l'année sur Addictutos.com et permettent également aux professionnels de santé de se former.

Les résultats recueillis sur tabac-info-service sont encourageants, avec 23591 inscrits en Nouvelle-Aquitaine pour 2018, dont 7416 pour la seule Gironde, qui représente le 3^{ème} département de France en nombre d'inscrits derrière le Nord et Paris. L'investissement de la Nouvelle-Aquitaine dans le #MoisSansTabac semble donc à la hauteur du défi représenté par la forte prévalence locale du tabagisme, mais les efforts devront être poursuivis.

1.2. Question de recherche

Quelles ont été les actions menées en Nouvelle-Aquitaine lors du #MoisSansTabac 2018 ?

1.3. Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude est d'analyser les actions en lien avec le #MoisSansTabac ayant eu lieu en Nouvelle-Aquitaine lors de l'édition 2018. Le but recherché n'est pas d'étudier l'efficacité du #MoisSansTabac, mais d'examiner le contenu des actions qui ont été mises en place, afin de réaliser un bilan de leur diversité, de mettre en évidence d'éventuelles disparités territoriales, de repérer les points faibles et les points forts.

Cette étude analysera les partenaires à l'origine des actions, les populations ciblées, ainsi que les moyens utilisés pour les toucher. Des profils-types d'action seront également recherchés, et mis en lumière s'ils existent.

Les objectifs secondaires seront d'analyser la place des professionnels de santé libéraux, et plus particulièrement des médecins généralistes, dans la réalisation des actions du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine.

La vocation finale sera de pointer les qualités des actions mises en place et de révéler les éventuelles défaillances sur lesquelles les éditions futures devraient se concentrer.

II/ MATERIEL ET METHODES

Les analyses statistiques ont été réalisées par l'auteur, qui a suivi la formation à distance *Analyse des données multidimensionnelles* dispensée par les enseignants d'Agrocampus Ouest via un MOOC (Massive Open Online Courses).

2.1. Type d'étude

Les données ont été recueillies via une enquête déclarative standardisée en ligne. L'analyse effectuée dans cette étude regroupe deux volets : une analyse quantitative observationnelle, puis une analyse qualitative, sous la forme d'une analyse des correspondances multiples suivie d'une classification ascendante hiérarchique.

L'analyse quantitative observationnelle qui a été menée permet de faire état des résultats quantitatifs du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine, mais également de pointer certaines tendances et de soulever des hypothèses. Il s'agit de la manière la plus simple de présenter les données recueillies.

Les méthodes utilisées pour l'analyse qualitative ont été choisies pour leur capacité à exploiter des données de ce type, associant un grand nombre de variables et de modalités, et leur faculté à repérer des profils types.

2.2. Recueil des données

2.2.1. Description de la plate-forme OSCARS

Les données utilisées pour cette étude ont été recueillies sur la plate-forme OSCARS (Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé). Initialement conçu par le Comité Régional d'Education pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2005, OSCARS s'est progressivement développé avec l'aide des ARS, et remplit désormais un rôle important de recensement et de suivi des actions régionales et nationales de santé (44).

La plate-forme OSCARS comporte, outre son module généraliste, un module spécifiquement dédié au #MoisSansTabac, adopté par toutes les régions à la demande de Santé publique France. OSCARS remplit donc son rôle d'observation et de suivi des actions en lien avec le #MoisSansTabac depuis la première édition de celui-ci en 2016, tant au niveau national que régional. L'objectif d'OSCARS #MoisSansTabac est de recueillir de la manière la plus exhaustive possible les actions mises en place en France durant l'opération (44).

Chaque action recensée sur OSCARS est directement consultable sur le site internet en toute

transparence et en accès libre. La plate-forme permet également d'afficher des cartographies, de trier les actions selon divers critères, ou encore de visualiser les outils de promotion de la santé ou d'éducation thérapeutique créées dans le cadre de la campagne.

2.2.2. Description de la fiche action #MoisSansTabac

Il est dans un premier temps nécessaire de définir ce qu'est une action en lien avec le #MoisSansTabac. Il s'agit d'un évènement destiné à la prévention primaire ou secondaire du tabagisme, pouvant prendre de multiples formes, s'inscrivant dans le contexte de cette campagne nationale.

Une action est caractérisée par un lieu et un public. Si l'un ou l'autre varient, alors les actions sont différentes et devraient être rapportées séparément. Par exemple, une action itinérante menée dans plusieurs lieux différents et touchant à chaque fois un public différent doit faire l'objet de plusieurs fiches action. L'action ne doit pas commencer et finir en dehors des mois d'octobre et de novembre, ce qui implique qu'elle prenne réellement place dans le contexte du #MoisSansTabac.

Une action doit avoir touché directement des fumeurs ou leur entourage, et non être en faveur des relais de l'opération, des professionnels de santé ou des partenaires. Par exemple, une formation à la prescription des substituts nicotiques dédiée aux professionnels de santé n'est pas considérée comme une action à recenser sur OSCARS, car elle n'a pas directement touché les fumeurs ni leur entourage. La fiche action peut-être directement consultée et remplie sur le site internet d'OSCARS (http://www.oscarsante.org/moisanstabac/nouvelle-aquitaine/soumettre_action/formulaire).

Elle comporte des questions à réponses fermées permettant de définir l'action, ainsi que des questions à réponses ouvertes permettant d'apporter des précisions ou des informations complémentaires (**Annexe n°3**).

Les questions à réponses fermées retrouvées sur la fiche action sont les suivantes : "Type de lieu", "Niveau géographique", "Public", "Objectifs de l'action", "Type d'action", "Outils et supports utilisés", "Financier".

Les réponses à ces questions doivent être cochées parmi une liste préétablie. Leur nombre s'étend de 3 ("Niveau géographique") à 24 ("Public"). Plusieurs réponses peuvent être cochées pour chaque question.

A cela s'ajoute les questions ouvertes, qui permettent de préciser la réponse cochée, d'ajouter des éléments absents des listes préétablies, ou encore de faire part d'observations diverses.

2.2.3. Mode de recueil des données, critères d'inclusion et d'exclusion

Les données incluses dans cette étude ont été constituées par les fiches actions recueillies sur le module #MoisSansTabac en Nouvelle-Aquitaine de la plate-forme OSCARS. Le recueil de ces fiches action a été établi sur la base du volontariat : chaque partenaire du #MoisSansTabac à l'origine d'une action ayant lui-même rempli une fiche sur le site internet oscarante.com. Les fiches action ont été recueillies du 26 octobre 2018 au 31 mars 2019.

Les fiches action en lien avec les éditions 2016 et 2017 du #MoisSansTabac ont été exclues, seules celles en lien avec l'édition 2018 ont été incluses. Les fiches incomplètes et ne pouvant pas être complétées par des précisions apportées dans les questions ouvertes ont été exclues.

2.3. **Analyse**

2.3.1. Données recueillies

L'export des fiches actions sous forme de tableau Excel a permis de recueillir les données brutes issues des fiches actions remplies directement sur la plate-forme. Chacune de ces actions était définie par 8 variables qualitatives principales :

- Département
- Niveau géographique
- Type de structure
- Financeur
- Public
- Objectifs de l'action
- Type d'action
- Outils et supports utilisés

Chacune de ces variables s'exprimait par un grand nombre de modalités. Elles sont présentées ici à titre indicatif, afin que le travail de traitement des données détaillé par la suite soit mieux compris :

- Département : Charente, Charente-Maritime, Corrèze, Creuse, Deux-Sèvres, Dordogne, Gironde, Haute-Vienne, Landes, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques, Vienne
- Niveau géographique : Communal, Départemental, Régional
- Type de structure : Etablissement de santé, Association du secteur de la santé, Etablissement d'action sociale, Maternelle et primaire, Collège, Lycée, Etablissement scolaire/lycée professionnel, Organisme de formation professionnelle, Enseignement supérieur, Entreprise,

Association ou centre sportif culturel ou de loisirs, Etablissement pénitentiaire, Service déconcentré de l'Etat, Assurance Maladie, Mutuelle, Autre, Administration centrale, Collectivité territoriale, Communes et intercommunalités

- Financier : ARS, Assurance Maladie, Régime général, Régime agricole, Autre régimes spécifiques, CAF, Collectivités territoriales, Communes et intercommunalités, Conseil régional, Etat, MILDECA, Fonds propres, Politique de la ville, Santé publique France, Autre
- Public : Salariés et agents, Femmes enceintes/femmes allaitantes, Parents, Patients, Personnes handicapées, Habitants, Etudiants/apprentis, Personnes sous-main de justice, Personnes immigrées, Personnes prostituées, Usagers de drogues, Personnes sans domicile fixe, Chômeurs, Personnes en insertion professionnelle, Personnes en difficulté socio-économique, Tout public, Homme, Femme, Préadolescents (10-12 ans), Adolescents (13-18 ans), Jeunes (19-25 ans), Adultes (26-55 ans), Personnes de plus de 55 ans, Autre
- Objectifs de l'action : Accompagner l'arrêt (consultation d'arrêt du tabac, remise d'un starter de 7 jours de TSN, atelier collectif etc.), Autre, Créer de l'engagement collectif (défi sportif, manifestation culturelle, concert, animation d'équipe, etc.), Informer sur le tabagisme et le sevrage tabagique, Susciter l'intérêt ou l'inscription à l'opération (stand d'information sur l'opération et ses outils, affichage, inviter les fumeurs à s'inscrire sur le site ou appli TIS...)
- Type d'action : Affichage (papier ou virtuel), stand, distribution de documentation, Réunion d'information, conférence, Consultation individuelle ou collective pour le sevrage tabagique, Atelier collectif (autre que consultation et réunion d'information), Manifestation événementielle, Autre
- Outils et supports utilisés : Test de Fagerström, CO testeur, Test de Horn, Outils Santé Publique France, Prescription de substituts nicotiniques, Remise de substituts nicotiniques, Autre

Le nombre de modalités possibles était donc très élevé, d'autant plus que certaines modalités pouvaient être associées, ce qui créait alors de nouvelles modalités pour les analyses statistiques à venir. Par exemple, la variable "Type d'action" pouvait s'exprimer par la modalité "Consultation" ou par la modalité "Affichage", mais aussi par l'association "Consultation + Affichage", qui représentait alors une nouvelle modalité.

2.1.1. Traitement des données

Ces données brutes étaient en l'état trop hétéroclites pour être analysées : certaines modalités redondantes ou inutiles augmentaient artificiellement la variance, d'autres ne représentaient pas la réalité des actions ou avaient été mal comprises par les acteurs. Il a donc fallu affiner ces données avant de pouvoir réaliser les analyses statistiques voulues.

Dans un premier temps, certaines modalités ont été supprimées au sein de la variable Public, car elles n'étaient jamais présentes seules et n'apportaient aucune information supplémentaire :

- Les modalités "Homme" et "Femme", qui accompagnaient toujours une autre modalité, et avaient souvent été cochées toutes les deux en même temps, ce qui n'apportait aucune information sur le public cible de l'action. Un autre exemple fréquemment retrouvé était l'association "Femme enceinte ou allaitante + Femme", présentant une redondance inutile
- La modalité "Habitants" qui n'était jamais présente seule
- La modalité "Adulte 26-55 ans", car elle ne représentait pas un public réel : aucune action n'avait spécifiquement exclu les fumeurs de moins de 26 ans ou de plus de 55 ans pour se concentrer sur cette tranche d'âge. Là aussi, un exemple souvent retrouvé était l'association "Jeunes 19-25 ans + Adultes 26-55 ans + "Personnes de plus de 55 ans", ce qui revient en fait à la modalité "Tout public"

La modalité "Tout public" est devenue exclusive : c'est à dire que toute modalité qui y était associée a été supprimée. En effet, le choix de la modalité "Tout public" indique que le porteur de l'action n'a pas choisi de viser un type de public en particulier. L'association de "Tout public" avec un autre type de public est donc illogique. Une réponse comme "Tout public + Salariés + Patients + Jeunes + Parents" n'avait aucun sens. De même, sur certaines fiches action, lorsque la modalité "Tout public" avait été cochée, toutes les autres modalités l'étaient également. Cela ne faisait qu'alourdir inutilement les données, et faisait croire à une augmentation factice des actions ciblant les publics précis.

Par la suite, des regroupements de modalités ont été effectués lorsque celles-ci divisaient artificiellement un même public, ou bien si elles occasionnaient des doublons :

- Les modalités "Préadolescents", "Adolescents", "Jeunes 19-25 ans" et "Etudiants" ont été regroupés sous une même modalité "Jeunes" qui inclue les personnes jusqu'à 25 ans révolus
- Les modalités "Personnes en difficulté socio-économique", "Personnes en insertion professionnelle" et "Chômeurs" ont été regroupées sous une même modalité "Personnes en difficulté socio-économique"
- Les modalités "Lycée", "Collège", "Enseignement supérieur" et "Autre organisme de

formation professionnelle (inférieur au bac, CAP, BEP, etc.) ont été regroupées sous la modalité "Collège/Lycée/Enseignement supérieur" afin de mieux refléter le poids des structures d'enseignement

De nouvelles modalités ont été créées afin de mieux refléter la réalité des actions menées :

- La modalité "Professionnel de santé libéral" a été créée car elle n'existait pas sur la fiche action OSCARS. Certaines structures ayant coché "Autre" et précisé leur nature de professionnel de santé dans les questions ouvertes y ont été ajoutées
- La modalité "Association autre secteur" a été créée, regroupant la modalité "Association ou centre sportif, culturel ou de loisirs" ainsi que certaines associations ne se reconnaissant pas en ces termes qui avaient coché la modalité "Autre" et précisé leur caractère associatif dans "Type de structure précision"

2.1.1. Analyse quantitative observationnelle

Pour cette analyse observationnelle, les données seront présentées sous forme numérique et sous forme de graphiques créés grâce aux logiciels EXCEL et XLSTAT.

2.1.2. Analyse des correspondances multiples (ACM)

La première analyse statistique qualitative réalisée sera une Analyse des correspondances multiples (ACM). L'analyse des correspondances multiples est une méthode factorielle permettant d'analyser des données de type "individus X variables qualitatives", c'est à dire un tableau dans lequel un ensemble d'individus (ou ici, d'actions) est défini par un ensemble de variables qualitatives pouvant s'exprimer par plusieurs modalités standardisées. L'ACM vise à résumer l'information contenu dans un important nombre de variables en recherchant des corrélations entre modalités (45, 46).

Pour cette étude, une action est considérée comme un individu statistique. Chacune de ces actions est définie par l'ensemble de ses réponses aux questions de la fiche-action (Quel type de structure ? Dans quel département ? Pour quel public ? etc.).

Une question de la fiche OSCAR représente donc une variable, et la réponse à cette question constitue une modalité. L'ACM va permettre d'étudier la variabilité des actions, c'est à dire les ressemblances et différences entre les actions en s'intéressant aux associations entre les modalités.

En effet, deux actions se ressemblent si elles ont le même profil, c'est à dire si dans l'ensemble elles prennent les mêmes modalités pour chaque variable. A l'inverse, deux actions sont fondamentalement différentes si elles ne partagent aucune modalité.

Il n'était pas possible d'effectuer une ACM sur toutes les variables, car la disparité aurait alors été trop importante pour permettre de tirer quelque conclusion que ce soit. De plus, certaines questions de la fiche-action avaient entraîné une majorité de réponses multiples car elles avaient été mal comprises, ou alors parce que les réponses standardisées proposées n'étaient pas assez discriminantes. Quatre variables ont donc été sélectionnées pour être utilisées dans cette analyse :

- Type de structure (11 modalités sans association possible)
- Département (8 modalités sans association possible)
- Public cible (13 modalités avec associations possibles)
- Type d'action (5 modalités avec associations possibles)

Ces 4 variables ont été choisies car elles représentent les principales caractéristiques de chaque action. Elles permettent en effet à elles seules de définir précisément une action en répondant à 4 questions essentielles :

- Quel est le type de structure à l'origine de l'action ?
- Ou l'action a-t-elle eu lieu ?
- Qui était visé par l'action ?
- Par quel moyen ce public a-t-il été visé ?

Ces variables choisies comportent de 5 à 13 modalités. Certaines peuvent être associées : c'est le cas du public et du type d'action, qui peuvent être mixtes. Par exemple, une même action dans un établissement de santé a pu viser à la fois les patients *et* les salariés, en faisant appel à de l'affichage *et* à des consultations.

L'association de deux modalités ou plus génère donc une nouvelle modalité représentant un public cible mixte, ou un type d'action mixte. Ainsi, certaines variables peuvent donc prendre un nombre très élevé de modalités, comportant des modalités simples et des associations.

Le type de structure et le département, cependant, sont uniques. Si ce n'est pas le cas, il s'agit alors de deux actions distinctes. Par exemple, deux actions similaires menées par le même acteur dans deux départements différents ne peuvent être regroupés en une seule fiche, comme le précise la notice d'OSCAR citée précédemment.

L'analyse aboutira en la création d'un tableau de Burt recroisant toutes les modalités les unes avec

les autres, puis en un graphique présentant les caractéristiques suivantes :

- Plus une modalité est fréquente, plus elle est proche de l'origine. Plus une modalité est rare, plus elle est excentrée
- Si deux modalités de deux variables différentes sont proches, alors cela signifie qu'elles sont fréquemment associées
- Si deux modalités d'une même variable sont proches, cela signifie que les individus qui possèdent l'une des modalités et ceux qui possèdent l'autre sont globalement similaires du point de vue des autres variables

Le graphique, combiné au tableau de Burt, permettra donc de repérer les associations de modalités les unes aux autres, et de soulever des hypothèses quant aux types d'actions les plus fréquents.

Les logiciels EXCEL et XLSTAT seront utilisés pour réaliser les calculs de l'ACM.

La méthode mathématique utilisée est détaillée en **Annexe 4**

2.1.1. Classification ascendante hiérarchique (CAH)

Par la suite, une classification ascendante hiérarchique (CAH) sera effectuée. Les logiciels EXCEL et XLSTAT seront également utilisés.

La CAH est une méthode d'analyse statistique ne s'appliquant qu'aux données quantitatives. Dans notre cas, cette méthode ne peut donc pas être directement utilisée sur les données recueillies par OSCARS. La CAH sera donc effectuée sur les coordonnées graphiques de chacune des modalités obtenues par le biais de l'ACM. Les données qualitatives initiales ayant été transformées en données quantitatives selon leur proximité statistique, la CAH peut alors être utilisée.

La fonction de la CAH est de constituer des classes regroupant un ensemble d'actions possédant des modalités communes (45, 46).

L'objectif visé par cette analyse est donc de repérer des regroupements de modalités fréquemment associées entre elles, c'est à dire des profils types d'action menées lors du #MoisSansTabac 2019 en Nouvelle-Aquitaine. Elle aboutira à la création de 5 classes regroupant l'ensemble des modalités selon leur association statistique. Ces classes représenteront des profils types d'action repérés lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine. Les détails mathématiques de la méthode utilisée sont décrits en **Annexe 5**.

2.1.2. Analyse des réponses aux questions ouvertes

Les questions ouvertes constituent une source importante d'informations sur les acteurs du #MoisSansTabac, la réalité des actions qu'ils ont menée et leurs diverses observations. Il est donc nécessaire de les analyser également.

Pour ce faire, toutes les réponses aux questions ouvertes ont été lues une par une, afin de présenter une sélection des plus pertinentes.

Par la suite, l'intégral de ces réponses fera l'objet d'une analyse lexicale retranscrite sous forme de nuages de mots, afin de mettre en évidence les termes et les champs lexicaux les plus représentés. L'outil en ligne *nuagedemots.fr* sera utilisé pour générer ces nuages de mots. Les mots communs de type déterminants, conjonction de coordination ou pronoms seront éliminés. Les singuliers/pluriels ou féminins/masculins d'un même mot seront fusionnés. Enfin, les termes représentés moins de 3 fois seront évincés.

2.2. **Aspects éthiques**

Les données utilisées pour cette étude sont publiques et consultables sur www.oscarsante.org

Elles sont anonymes : l'identité des personnes à l'origine des actions n'est pas accessible sur la plateforme, seule l'identité des structures est rendue publique.

L'utilisation d'Oscars est sous licence Creative Common. Son partage est autorisé en l'absence d'utilisation commerciale.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

III/ RESULTATS

3.1. Résultats quantitatifs

3.1.1. Présentation générale

546 actions ont été recensées sur la plateforme OSCAR pour cette édition 2018 du #MoisSansTabac en Nouvelle-Aquitaine.

En 2017, 627 actions avaient été reportées en Nouvelle-Aquitaine, ce qui constitue une baisse du nombre d'action de 13% pour l'année 2018.

Parmi ces 546 actions, 161 constituent des actions reconduites qui avaient déjà été menées en 2017 (soit 29,5%).

A l'échelle nationale, la Nouvelle-Aquitaine représente la deuxième région ayant vu le plus d'actions organisées sur son territoire, derrière les Hauts-de-France (1017 actions) et devant l'Ile-de-France (500 actions).

3.1.2. Distribution des actions

- **Par type de structure**

La figure 5 présente le nombre d'actions mises en place par type de structure lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine.

En observant les types de structure à l'origine des 546 actions recensées, on constate que les établissements de santé arrivent en tête avec 139 actions menées, suivis des structures d'enseignement (collège, lycées et enseignement supérieur) avec 109 actions. Viennent ensuite les collectivités, les associations du secteur de la santé, puis les entreprises. Les professionnels de santé libéraux sont peu représentés, avec 13 actions.

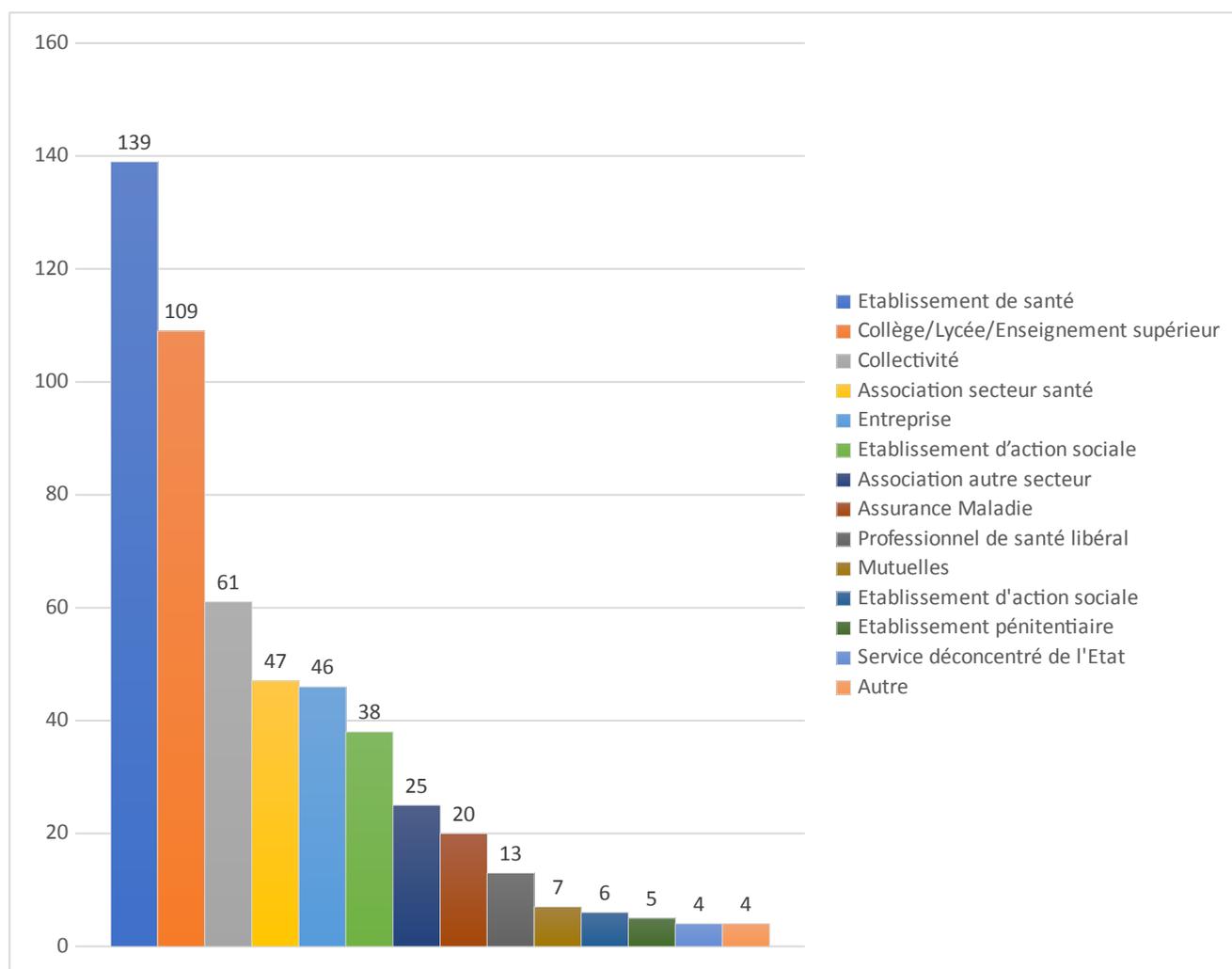


Figure 5 : Nombre d'actions par type de structure lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine

- **Par type de publics ciblés**

La figure 6 présente le nombre d'actions ayant ciblé chaque type de public spécifique lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine.

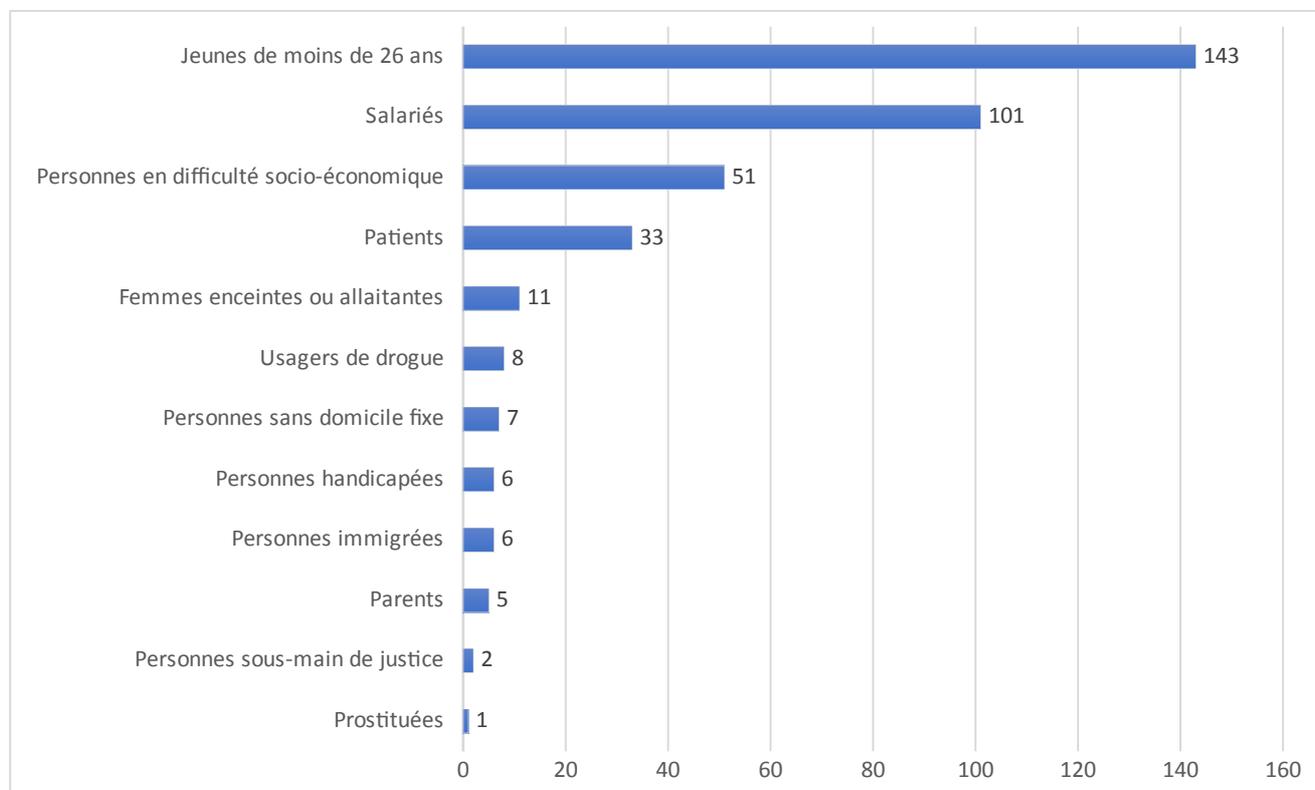


Figure 6 : Nombre d'actions par type de public cible spécifique lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine

On constate que les jeunes ont été les plus ciblés, avec 143 actions. Les salariés et agents constituent la deuxième cible avec 101 actions, suivis des personnes en difficulté socio-économique (51 actions), des patients (33 actions), et des femmes enceintes ou allaitantes (11 actions). Rappelons que certaines actions ont ciblé des publics mixtes, associant deux modalités ou plus. A titre indicatif, la modalité "Tout public" non représentée sur ce graphique représente 237 actions, et réunit donc logiquement le plus grand nombre d'actions.

- **Par département**

La figure 7 montre le nombre d'actions menées par département lors de ce #MoisSansTabac.

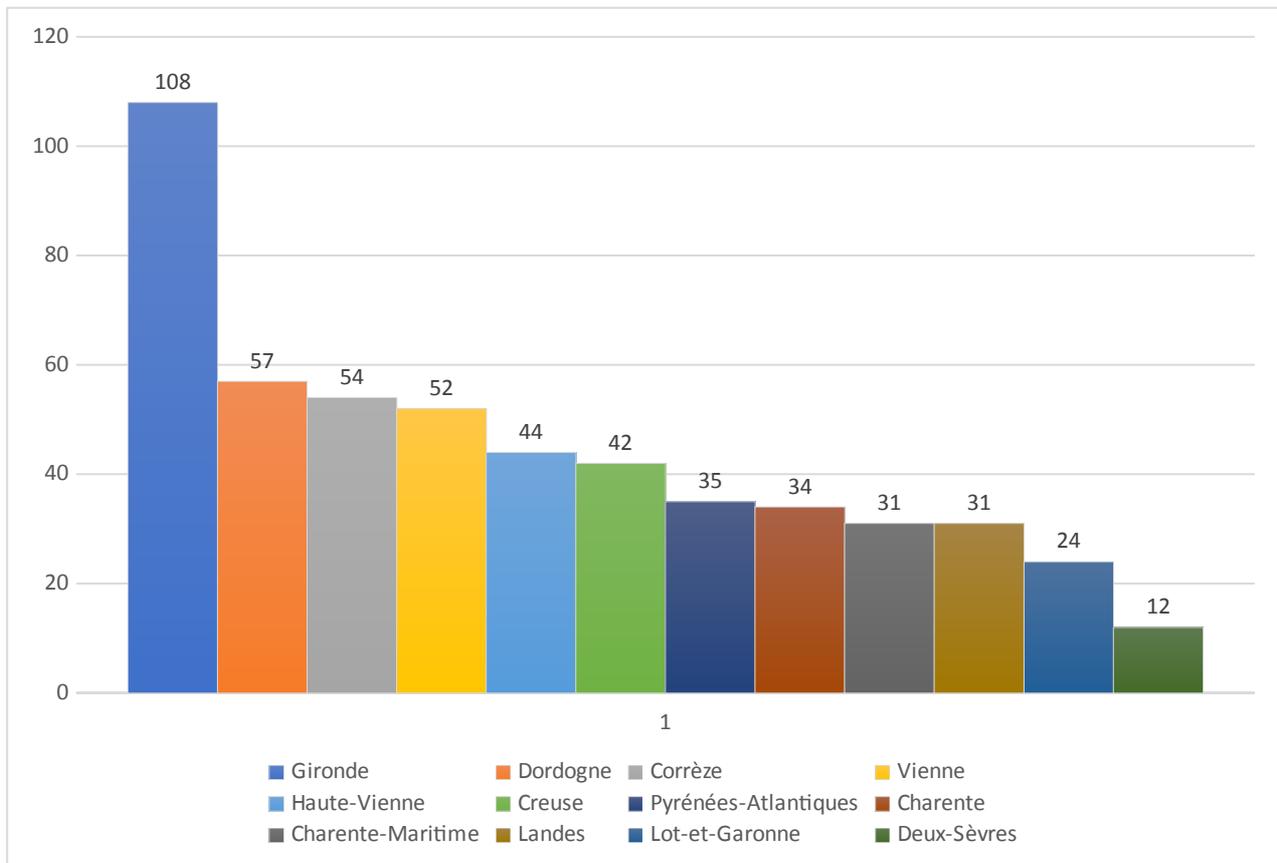


Figure 7 : Nombre d'actions menées par département pendant le #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine

Elle nous montre que la Gironde a été le département comportant le plus d'actions (108), suivie de la Dordogne (57), de la Corrèze (54), de la Vienne (52), puis de la Haute-Vienne (44).

Cependant, la figure 8 nous montre que si l'on prend en compte les différences démographiques en calculant cette fois-ci le nombre d'actions pour 10 000 habitants, les résultats diffèrent.

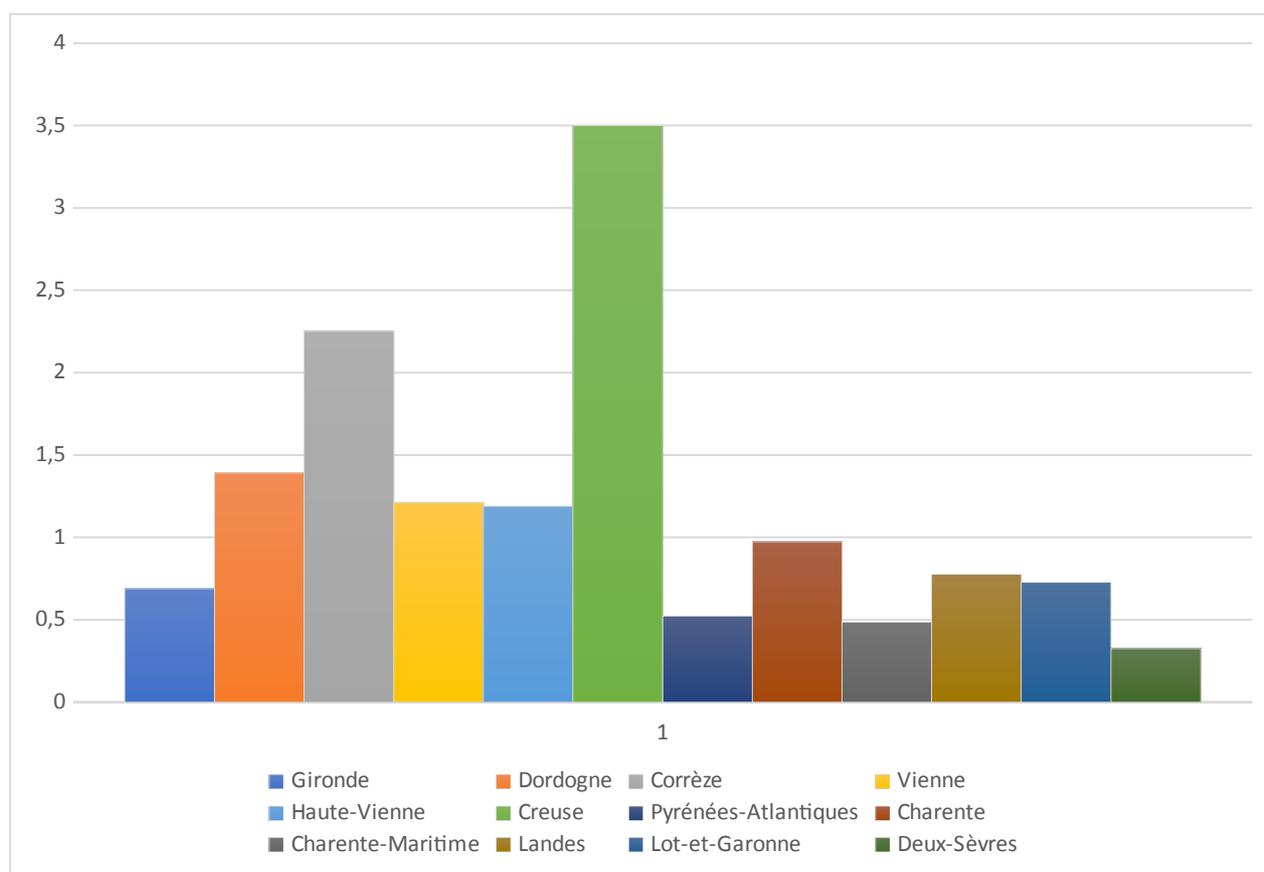


Figure 8 : Nombre d'actions pour 10 000 habitants par département menées pendant le #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine

En considérant le nombre d'habitants par département, on remarque à présent que les départements les plus mobilisés ont été la Creuse, la Corrèze, puis la Dordogne. Les départements ayant mis en place le moins d'actions par habitants, en revanche, sont les Deux-Sèvres, les Pyrénées-Atlantiques et le Lot-et-Garonne. Ces résultats sont également présentés sous forme d'une carte en **Annexe 2**.

La figure 9 nous montre la répartition des actions par type de structure selon le département.

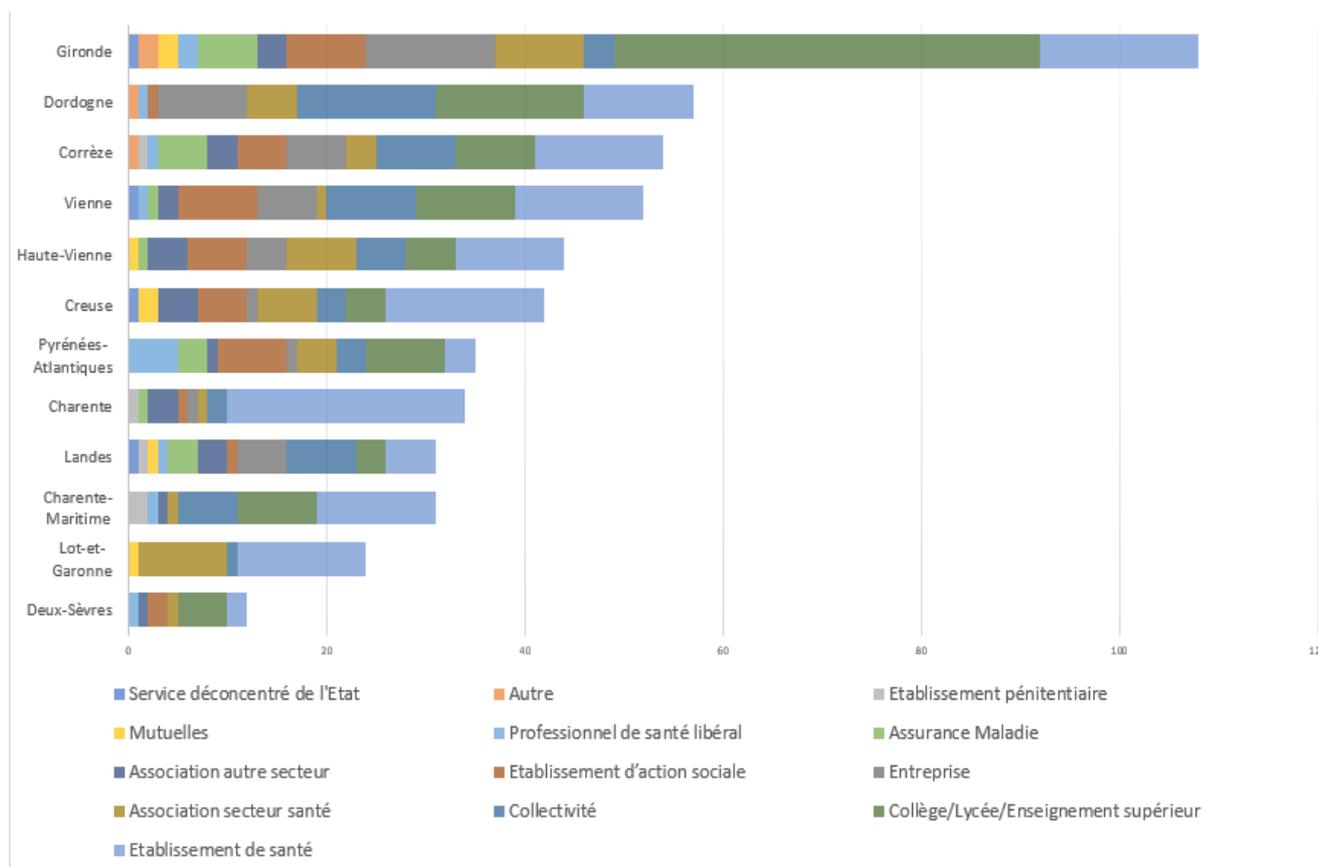


Figure 9 : Répartition des actions par type de structure selon le département lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine

L'observation des types de structure à l'origine des actions au sein d'un même département, et la comparaison avec les autres départements nous indique qu'il existe des particularités départementales. En effet, si certains profils semblent similaires, d'autres sortent clairement du lot.

Ainsi, le Lot-et-Garonne et la Charente présente une absence totale d'actions mises en place dans les établissements d'enseignement, alors qu'elles sont relativement nombreuses dans la plupart des autres départements, et même majoritaires en Gironde. Les établissements de santé se sont mobilisés dans tous les départements, mais ils sont prédominants dans le Lot-et-Garonne et en Charente. Les associations sont présentes dans tous les départements, de façon relativement homogène, bien que la répartition entre celles appartenant au secteur de la santé et les autres varient d'un département à l'autre. Les entreprises, elles, sont absentes du Lot-et-Garonne, des Deux-Sèvres, et de la Charente Maritime. Enfin, notons que les collectivités se sont relativement peu investies dans les Deux-Sèvres, le Lot-et-Garonne et la Gironde.

- **Par type d'action**

La figure 10 représente la répartition des actions mises en place selon leur type, c'est-à-dire le vecteur utilisé pour toucher le public.

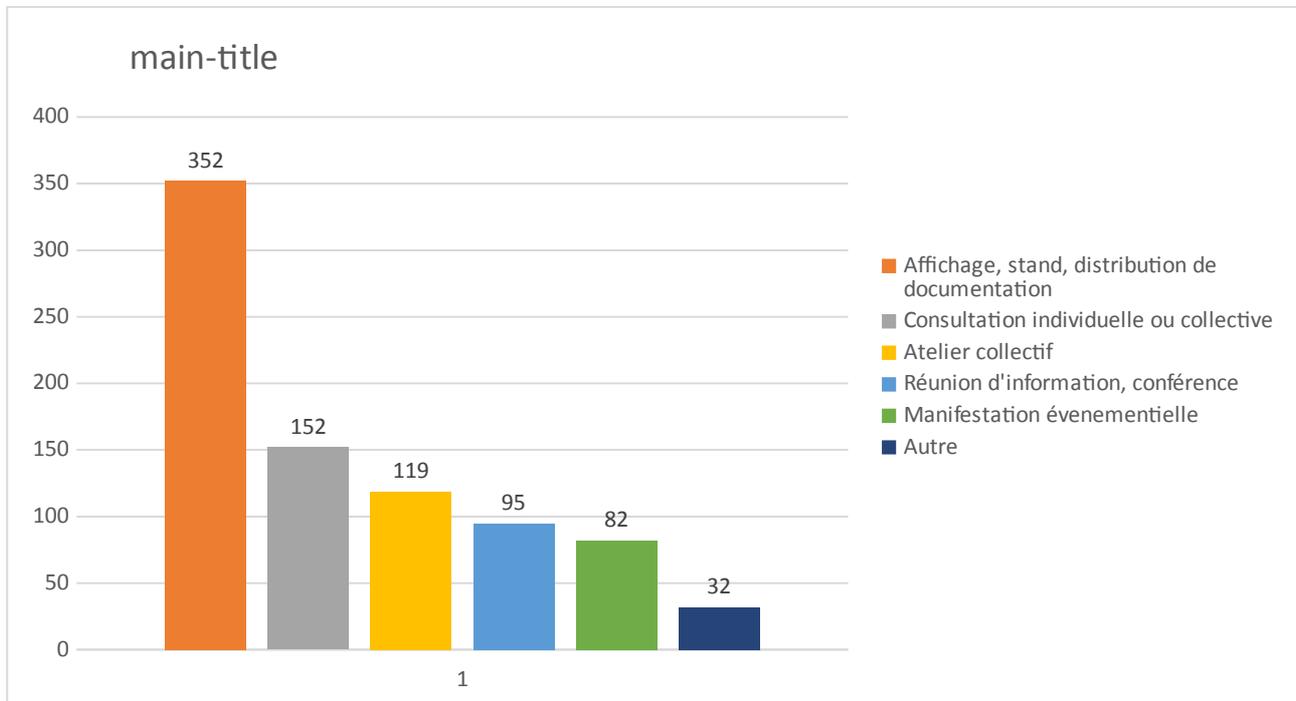


Figure 10 : Types d'actions utilisées pendant le #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine

On constate que l'affichage, les stands et la distribution de documentation ont été le moyen le plus utilisé (352 actions), suivi des consultations individuelles ou collectives pour le sevrage tabagique (152), des ateliers collectifs (119), des réunions d'informations ou conférences (95), puis des manifestations événementielles (82). Notons qu'environ la moitié des actions mises en place ont fait appel à plusieurs modes d'action, ce qui explique que la somme des types d'actions dépasse 546. Ce profil de répartition des types d'action reste globalement similaire quel que soit le département considéré.

- **Par objectif**

Enfin, considérons les objectifs visés par les actions, recensées dans la figure 11.

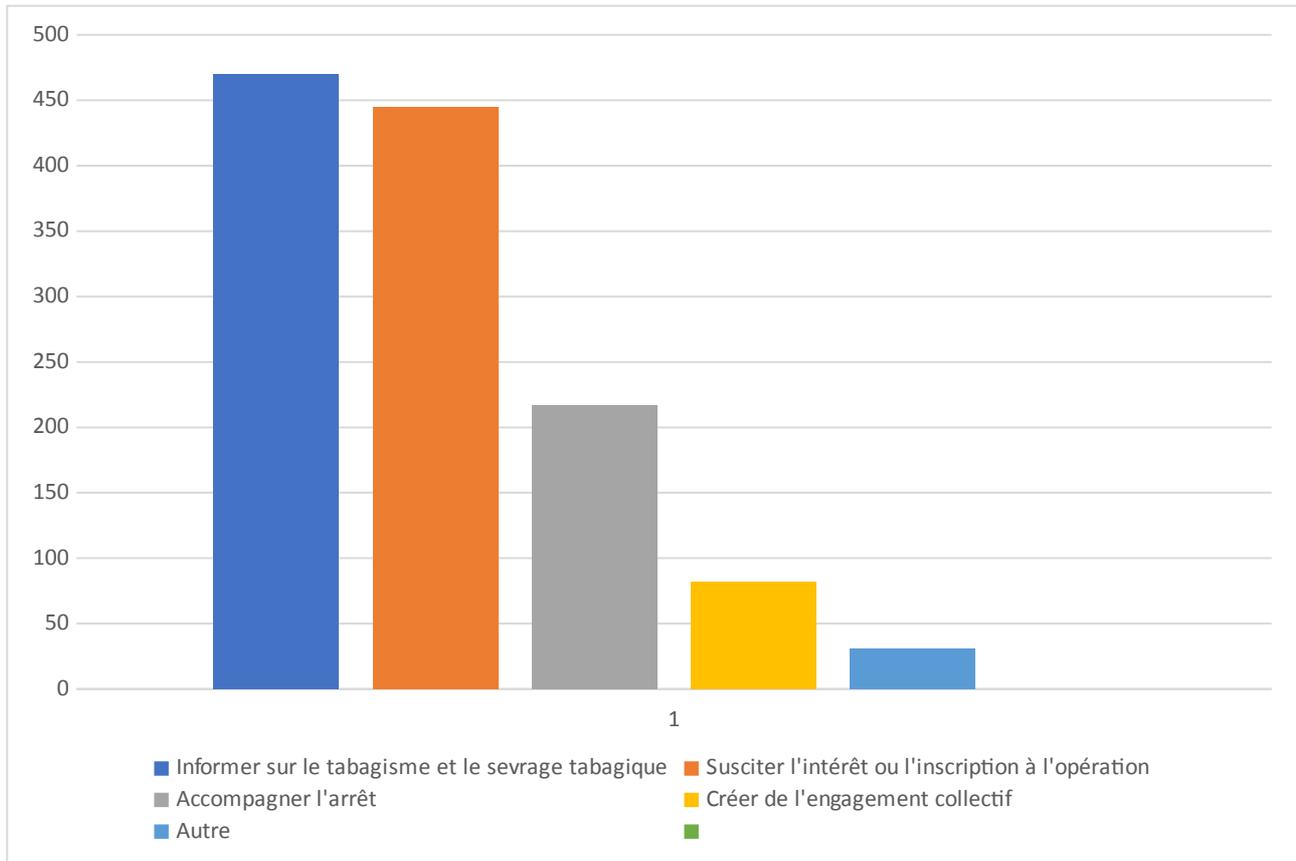


Figure 11 : Objectifs des actions menées lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine

On constate qu'*informer sur le tabagisme et le sevrage tabagique* a été l'objectif prioritaire (470 actions), suivi de *susciter l'intérêt ou l'inscription à l'opération* (445 actions), *accompagner l'arrêt* (217) et *créer de l'engagement collectif* (82). Notons que la majorité des porteurs d'action se sont donnés plusieurs objectifs, ce qui explique que le total de ces actions dépasse largement 546.

3.2. Résultats qualitatifs

3.2.1. Analyse des correspondances multiples (ACM)

3.2.1.1. *Tableau de Burt et résultats numériques*

Parmi les 546 actions recensées sur OSCARS, 22 actions ont été exclues de l'analyse des correspondances multiples car elles étaient incomplètes : une ou plusieurs variables étudiées n'ayant pas été remplie(s). 524 actions ont donc constitué les individus statistiques de l'ACM, et ont été analysés selon 4 variables regroupant au total 95 modalités.

Le tableau de Burt obtenu contient donc 95 lignes et 95 colonnes recoupant toutes les modalités entre elles.

Il peut être décomposé en plusieurs sous tableaux, dont voici un extrait, croisant les départements et les types de structures (tableau I) :

Tableau I : Tableau de Burt (extrait 1)

	Prof santé	Assoc santé	Collectivité	Entreprise	Collège etc	Ets santé	Assoc autre	Ets pénit	Mutuelles	Ets soc	SDE	AM	Autre
Pyrénées-	5	4	3	1	8	3	1	0	0	7	0	3	0
Corrèze	1	3	8	6	8	13	3	1	0	5	0	5	1
Vienne	1	1	9	6	10	13	2	0	0	8	1	1	0
Charente-	1	1	6	0	8	12	1	2	0	0	0	0	0
Landes	1	0	7	5	3	5	3	1	1	1	1	3	0
Dordogne	1	5	14	9	15	11	0	0	0	1	0	0	1
Gironde	2	9	3	13	43	16	3	0	2	8	1	6	2
Haute-Vie	0	7	5	4	5	11	4	0	1	6	0	1	0
Lot-et-Gar	0	9	1	0	0	13	0	0	1	0	0	0	0
Charente	0	1	2	1	0	24	3	1	0	1	0	1	0
Creuse	0	6	3	1	4	16	4	0	2	5	1	0	0
Deux-Sèvi	1	1	0	0	5	2	1	0	0	2	0	0	0

Le tableau II répertorie les types de publics cibles par type de structure. Il est donné ici à titre indicatif.

Tableau II : Tableau de Burt (extrait 2)

	Prof santé	Assoc santé	Collectivité	Entreprise	Collège etc	Ets santé	Assoc autre	Ets pénit	Mutuelles	Ets soc	SDE	AM
Patients	8	2	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0
Salariés	1	3	7	20	1	21	1	2	0	2	1	6
Tout public	4	30	47	24	4	86	14	1	5	7	2	10
Jeunes	0	2	2	0	80	3	4	0	2	0	0	4
P. diff socio-éco	0	0	1	1	5	0	2	0	0	11	0	0
Femmes enceintes	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
P. handicap	0	1	0	0	0	1	1	0	0	7	0	0
Plus de 55	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P. diff socio-éco, Plus de 55	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P. immigrées, P. prostituées, P. SDF, P. diff socio-éco	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Salariés, Jeunes	0	1	0	0	9	0	0	0	0	1	0	0
Salariés, P. handicap, P. diff socio-éco	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0
Autre	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0
P. diff socio-éco, Jeunes	0	2	1	0	3	0	0	0	0	5	0	0
Parents, P. diff socio-éco	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Jeunes, Usagers de drogues	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Salariés, Patients	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0
Salariés, P. handicap, P. diff socio-éco, Jeunes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
P. handicap, Jeunes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Jeunes, P. diff socio-éco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Patients, P. diff socio-éco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Personnes immigrées, Usagers de drogues, P. SDF	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salariés, P. diff socio-éco	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Patients, Jeunes	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Salariés, Habitants, Jeunes, Usagers de drogues	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Salariés, Usagers de drogues, Jeunes	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Salariés, Femmes enceintes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Salariés, P. diff socio-éco	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salariés, P. handicap	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
P. SDF, P. diff socio-éco, Jeunes	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P. SDF, P. diff socio-éco	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Patients, Personnes sous-main de justice, Usagers de drogues	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Femmes enceintes, P. immigrées, P. SDF, P. diff socio-éco	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salariés, Patients, Jeunes	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
P.s immigrées, P. diff socio-éco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
P. sous-main de justice	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Salariés, Jeunes, Usagers de drogues	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0

3.2.1.2. Graphique

Le graphique généré (figure 12) présente l'ensemble des modalités sous forme d'un nuage de points, réparties selon 2 axes factoriels F1 et F2. Ces 2 axes factoriels cumulent un taux d'inertie de 24,6%, ce qui est satisfaisant pour une ACM au vu du nombre de modalités présentes ici.

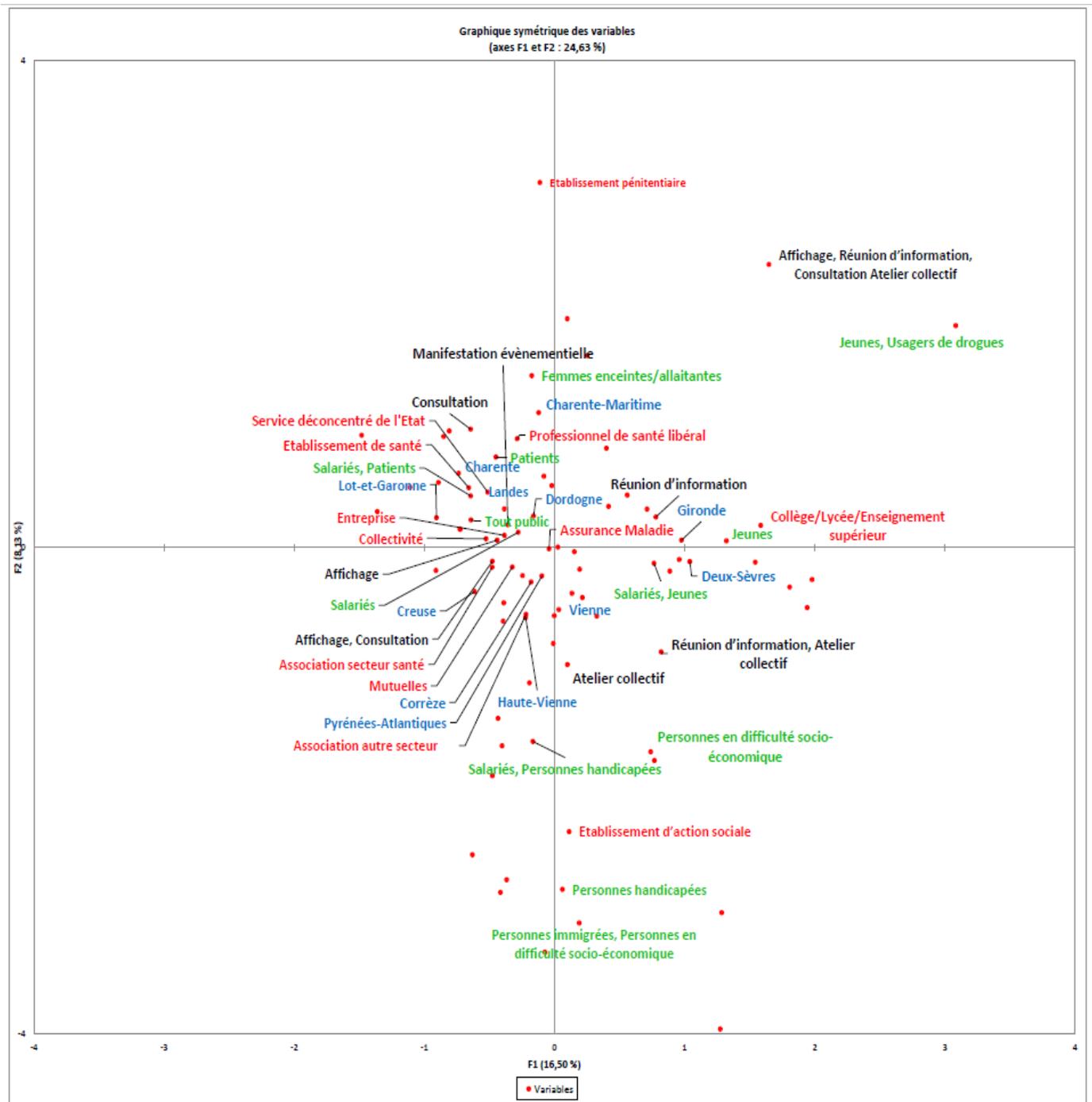


Figure 12 : Représentation graphique de l'Analyse des Correspondances Multiples

Seules les modalités possédant les poids les plus importants sont représentées, afin de ne pas

surcharger le graphique et de le rendre lisible. Ainsi, les modalités rarissimes présentes moins de 3 fois ne sont pas légendées.

Vue d'ensemble

Si l'on s'intéresse dans un premier temps au positionnement global des modalités, on constate qu'il existe une répartition hétérogène des modalités selon les 2 axes. Cela confirme qu'il existe des liens statistiques entre certaines modalités, ainsi que des absences de lien entre d'autres.

Certaines modalités sont centrales, ce qui signifie qu'elles sont peu discriminantes pour les autres modalités. C'est le cas de **Tout public** dont les associations avec les autres variables sont globalement bien réparties. En d'autres termes, **Tout public** a pu être associé avec toutes les modalités possibles des variables "Type de structure" et "Département", ainsi que la majorité des "Mode d'action", ce qui est assez logique.

Les autres modalités centrales que l'on peut apercevoir sont Assurance Maladie, Collectivité, Entreprise, Mutuelle, Association secteur santé et Association autre secteur pour les types de structures ; Corrèze, Vienne, Haute-Vienne, Creuse, Landes, Dordogne pour les départements. Cela peut témoigner d'une diversité importante des modes d'actions et des publics visés de la part de ces structures et départements, plutôt que l'orientation vers un type particulier d'action (figure 13). Tempérons néanmoins ces résultats en admettant que le choix d'un autre axe factoriel aurait pu donner une répartition légèrement différente.

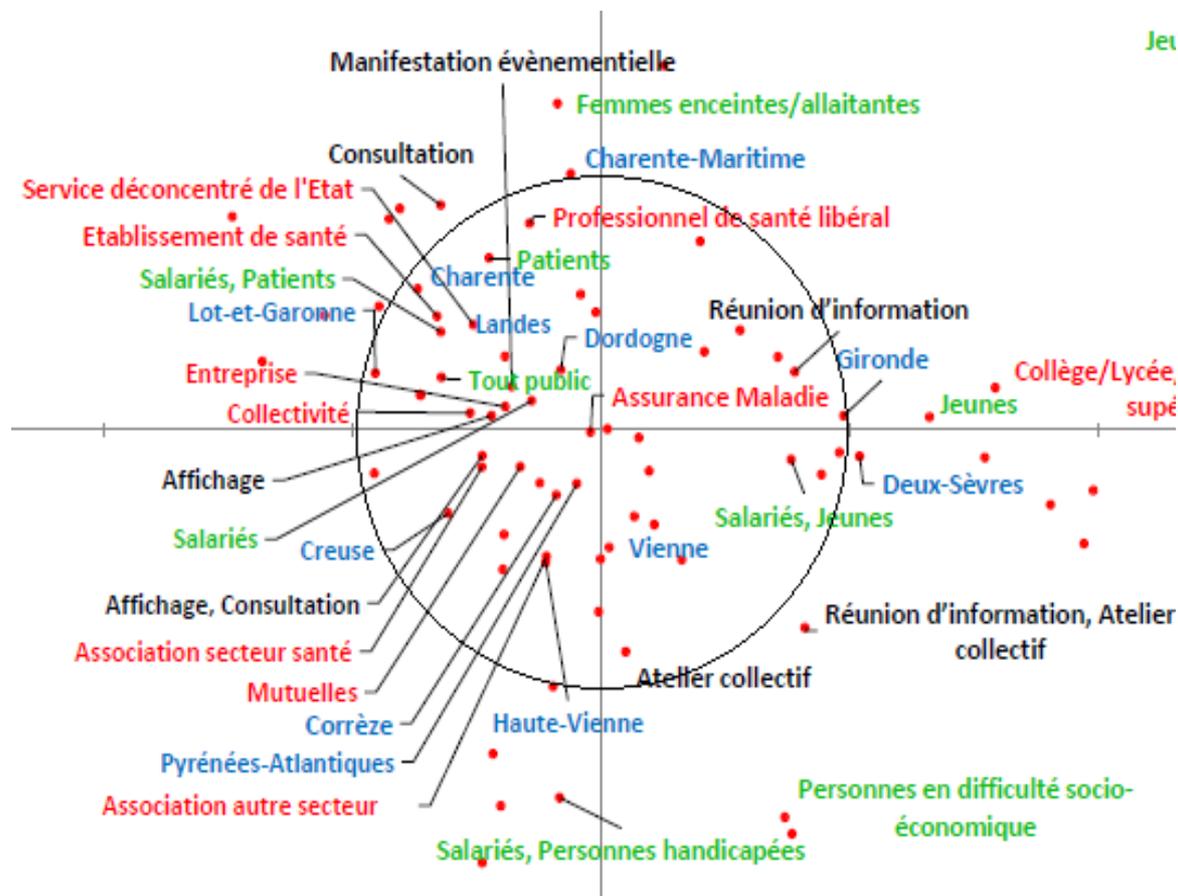


Figure 13 : Gros plan sur les modalités centrales de la représentation graphique de l'Analyse des Correspondances Multiples

A l'inverse, les modalités présentes aux extrémités du graphique (loin de l'origine) se démarquent profondément de la plupart des autres modalités. Cela peut indiquer qu'elles sont spécifiques, et ne s'associent qu'à certaines modalités également excentrées. C'est le cas des publics uniques « Personnes en difficulté socio-économique », « Personnes handicapées », « Personnes sous-main de justice » (hors graphique) et « Femmes enceintes/allaitantes » (dans une moindre mesure). Certaines associations de publics sont également dans cette configuration, comme « Jeunes + Usagers de drogues » et « Personnes immigrées + Personnes en difficulté socio-économique ». Concernant les types de structure, deux sont particulièrement excentrés : « Etablissement pénitentiaire » et « Etablissement d'action sociale ».

Si l'on s'intéresse au positionnement global des départements, on constate aisément qu'ils sont très dispersés selon les deux axes, ce qui indique des associations relativement différentes avec les modalités des autres variables (Public, Structure et Mode d'action). En d'autres termes, cela suggère une hétérogénéité importante des actions menées selon le département.

Le positionnement des modes d'action nous montre que Manifestation événementielle et Affichage

sont proches : elles sont généralement associées aux mêmes modalités (aux mêmes structures et aux mêmes publics). A l'inverse, Consultation, Réunion d'information et Atelier sont très éloignées des autres modes d'action : elles possèdent donc des corrélations avec des modalités différentes.

Associations de modalités

Dans un premier temps, avant de raisonner sur d'éventuels groupements de plusieurs modalités, il faut rechercher les associations par paires. En effet, deux modalités partagent un lien statistique si elles sont proches sur le graphique. Si elles sont éloignées, alors cela représente une absence de lien, c'est à dire que les modalités en question sont rarement associées. Pour chaque corrélation supposée, le tableau de Burt permet de vérifier la réalité de l'association et d'éliminer les biais (par exemple dans le cas d'une corrélation supposée entre deux modalités, alors qu'il en existe une troisième faisant le lien entre ces deux-là).

On peut remarquer, dans un premier temps, des associations notables entre les modalités appartenant à la variable "Type de structure" et celles appartenant à "Public" :

- Etablissement de santé et Salariés + Patients
- Entreprise et Salariés
- Collège/Lycée/Enseignement supérieur et Jeunes
- Assurance Maladie et Tout public
- Etablissement d'action sociale et Personnes en difficulté socio-économique
- Professionnel de santé et Patients

On note par la suite des associations fortes entre les modalités appartenant à la variable "Public" et celles appartenant à "Mode d'action" :

- Patients et Consultation
- Salariés et Affichage
- Salariés et Manifestation événementielle
- Tout public et Affichage
- Tout public et Manifestation événementielle
- Jeunes et Réunion d'information
- Femmes enceintes/allaitantes et Consultation, dans une moindre mesure

Si l'on s'intéresse à présent aux associations entre les types de structure et les modes d'action, on peut noter quelques points intéressants :

- Entreprise et Collectivité sont toutes deux fortement associés à la modalité Affichage. C'est

également le cas de Service déconcentré de l'Etat, mais le faible poids de cette modalité ne rend pas le lien aussi évident sur la représentation graphique

- Association secteur santé et Mutuelles sont partiellement associées à la modalité Affichage, mais ce lien n'est pas exclusif
- Etablissement de santé partage une association mixte entre Affichage et Consultation
- Collège/Lycée/Enseignement supérieur, Professionnels de santé libéral, Association autre secteur, Etablissement d'action sociale et Assurance Maladie ne présentent pas de lien spécifique fort avec un mode d'action particulier

Enfin, si l'on considère les associations entre les départements et les modalités des autres variables, on peut noter quelques associations remarquables :

- « Gironde » est associé avec le public Jeune et la structure Collège/Lycée/Enseignement supérieur
- « Deux-Sèvres » est associé avec le public Jeune et la structure Collège/Lycée/Enseignement supérieur
- « Charente » est associée avec la structure Etablissement de santé

Il est difficile de retrouver des liens forts et spécifiques pour les autres départements. Beaucoup gravitent autour de Tout public et/ou Affichage, avec lesquels ils présentent une association forte (mais non spécifique), et présentent ensuite des associations faibles avec d'autres modalités, ce qui les différencie les uns des autres. C'est le cas de Pyrénées Atlantiques, Corrèze, Charente-Maritime, Landes, Dordogne, Lot-et-Garonne et Creuse.

Notons que le graphique fait apparaître certaines proximités fictives, dues à des associations partagées et non directes. C'est le cas par exemple d'Association autre secteur et Haute-Vienne, dont le lien paraît fort, mais qui ne se retrouve pas après consultation du tableau de Burt.

A partir des résultats de cette ACM et de ces associations par paires, il serait possible de constituer des groupes de modalités. Cependant, la classification ascendante hiérarchique qui suit sera plus performante dans ce domaine, c'est pourquoi nous ne réalisons pas ces groupements sur les seuls résultats de l'ACM.

Au total, l'ACM a permis de mettre en évidence des associations spécifiques entre modalités, de repérer les modalités fréquentes et rares, celles partageant des associations très diverses ou encore celles ayant des liens très spécifiques avec un faible nombre d'autres modalités. D'un point de vue concret, cette ACM a mis en lumière les liens pouvant exister entre un type de structure et un

public, un mode d'action et un public, ou encore certaines particularités départementales au sein des actions de la Nouvelle-Aquitaine.

3.2.1. Classification ascendante hiérarchique (CAH)

3.2.1.1. *Matrices de proximité et dendrogramme*

La CAH a été réalisée sur les coordonnées standards des 95 modalités retrouvées obtenues grâce à l'ACM. Précisons que les coordonnées utilisées ne se limitent pas à celles utilisées pour la construction du graphique de l'ACM (deux axes), mais prennent en compte 42 axes factoriels. Elles sont donc plus riches et plus exhaustives.

Les calculs réalisés permettent l'obtention de matrices de proximité basées sur le coefficient de corrélation de Pearson, qui traduit les liaisons de chaque modalité l'une par rapport à l'autre. Ci-dessous un extrait du tableau obtenu (tableau III) :

Tableau III : Matrices de proximité (extrait)

	Prof santé	Assoc santé	Collectivité	Entreprise	Collège etc	Ets santé	Assoc autre
Prof santé	1	-0,0231	-0,0431	-0,0415	-0,1030	-0,0841	-0,0516
Assoc santé	-0,0231	1	-0,1422	-0,0801	-0,1869	-0,1667	-0,0600
Collectivité	-0,0431	-0,1422	1	-0,0779	-0,2146	-0,2006	-0,0729
Entreprise	-0,0415	-0,0801	-0,0779	1	-0,2155	-0,1486	-0,0960
Collège etc	-0,1030	-0,1869	-0,2146	-0,2155	1	-0,3432	-0,1069
Ets santé	-0,0841	-0,1667	-0,2006	-0,1486	-0,3432	1	-0,1367
Assoc autre	-0,0516	-0,0600	-0,0729	-0,0960	-0,1069	-0,1367	1
Ets pénit	-0,0979	-0,0278	-0,0562	0,0025	-0,0782	-0,0243	-0,0124
Mutuelles	0,0028	-0,0228	-0,0844	-0,0230	-0,0414	-0,0499	-0,0431
Ets socio	-0,0571	-0,0845	-0,0952	-0,0967	-0,1485	-0,2090	-0,0128
Serv déconc	-0,0145	-0,0129	-0,0277	0,0949	-0,0344	-0,0453	-0,0425
Assurance Maladie	-0,0167	-0,0459	-0,0338	-0,0236	-0,1047	-0,1231	-0,0352
Autre	-0,0272	-0,0181	0,0206	-0,0460	-0,0247	-0,0726	-0,0348
Patients	0,8645	0,0001	-0,1283	-0,1134	-0,1386	0,1271	-0,0817
Salariés	-0,0421	-0,1223	-0,1113	0,7066	-0,2387	0,0392	-0,0945
Tout public	-0,1155	0,1689	0,3971	-0,0170	-0,5353	0,2774	0,0888
Jeunes	-0,0886	-0,1683	-0,1879	-0,2342	0,8610	-0,3177	-0,0094
Personnes en diff socio-éco	-0,0482	-0,1029	-0,0720	-0,0359	0,0376	-0,1933	0,0747
Femmes enceintes/allaitantes	-0,0302	-0,0691	-0,0682	-0,0551	-0,0615	0,2672	-0,0626
Personnes handicapées	-0,0228	-0,0190	-0,0849	-0,0803	-0,1017	-0,0668	0,0536
Personnes de plus de 55 ans	-0,0182	0,4981	-0,0776	-0,0664	-0,0457	-0,1085	-0,0510
Personnes en difficulté socio-éconor	-0,0329	-0,0141	0,4140	-0,1326	-0,0543	-0,0547	-0,0371

Rappelons qu'un coefficient de Pearson proche de 1 ou de -1 (c'est-à-dire éloigné de 0), traduit une **relation linéaire forte**, alors qu'elle sera absente si ce coefficient est égal à 0. Dans l'extrait visualisé ici, des proximités ressortent et se traduisent par un coefficient éloigné de 0, comme Patients et Professionnel de santé libéral ou encore Jeunes et Collèges/Lycée/Enseignement supérieur. Lorsque deux types de structures sont confrontés dans les premières lignes du tableau, elles partagent logiquement un coefficient très proche de 0, puisqu'elles ne peuvent être associées

(une seule structure par action).

Ces 95 objets analysés (les modalités) vont être regroupés selon la force de leur association statistique (la valeur du coefficient de Pearson qui les unit) : par paires d'abord, puis par association de paires, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'elles soient toutes associées. Le résultat graphique obtenu est un dendrogramme visible ci-dessous (figure 14).

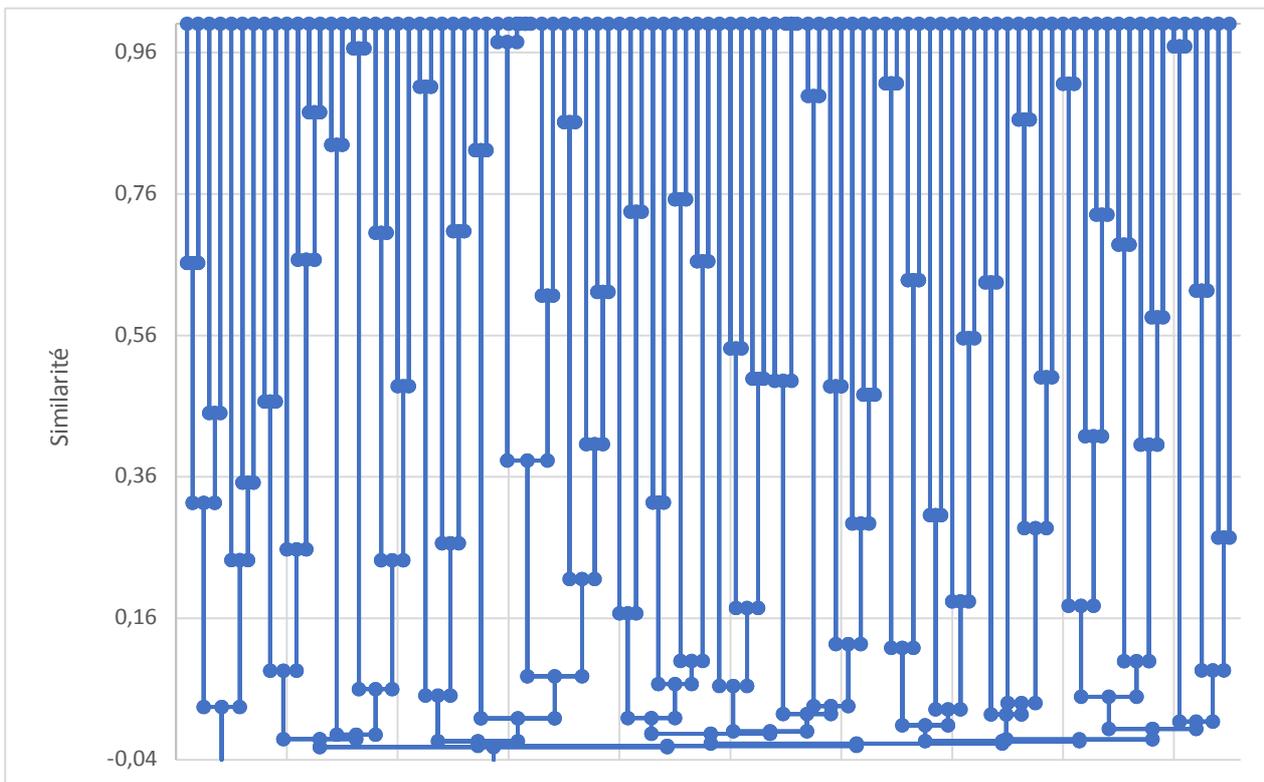


Figure 14 : Dendrogramme

Chaque fil représente une des 95 modalités étudiées. Elles sont toutes distinctes à la base, mais s'associent plus ou moins rapidement selon leur proximité. Une association de deux fils constitue un nœud, représenté par un point. De chaque nœud émerge un nouveau fil, qui va à son tour s'associer à un autre fil pour former un nouveau nœud. Au sommet du dendrogramme, toutes les modalités sont regroupées en un dernier nœud. Certaines modalités s'associent de façon très précoce : elle partage une forte proximité statistique, qui est de plus très spécifique. D'autres s'associent plus tardivement : leur proximité est moins forte, ou moins spécifique.

Couper le dendrogramme à un certain niveau permet de faire ressortir des Classes regroupant toutes les modalités en amont. Elles représenteront les profils types que nous recherchons. Afin de déterminer le nombre de Classes qu'il était pertinent de constituer, le diagramme des niveaux a été

observé (figure 15).

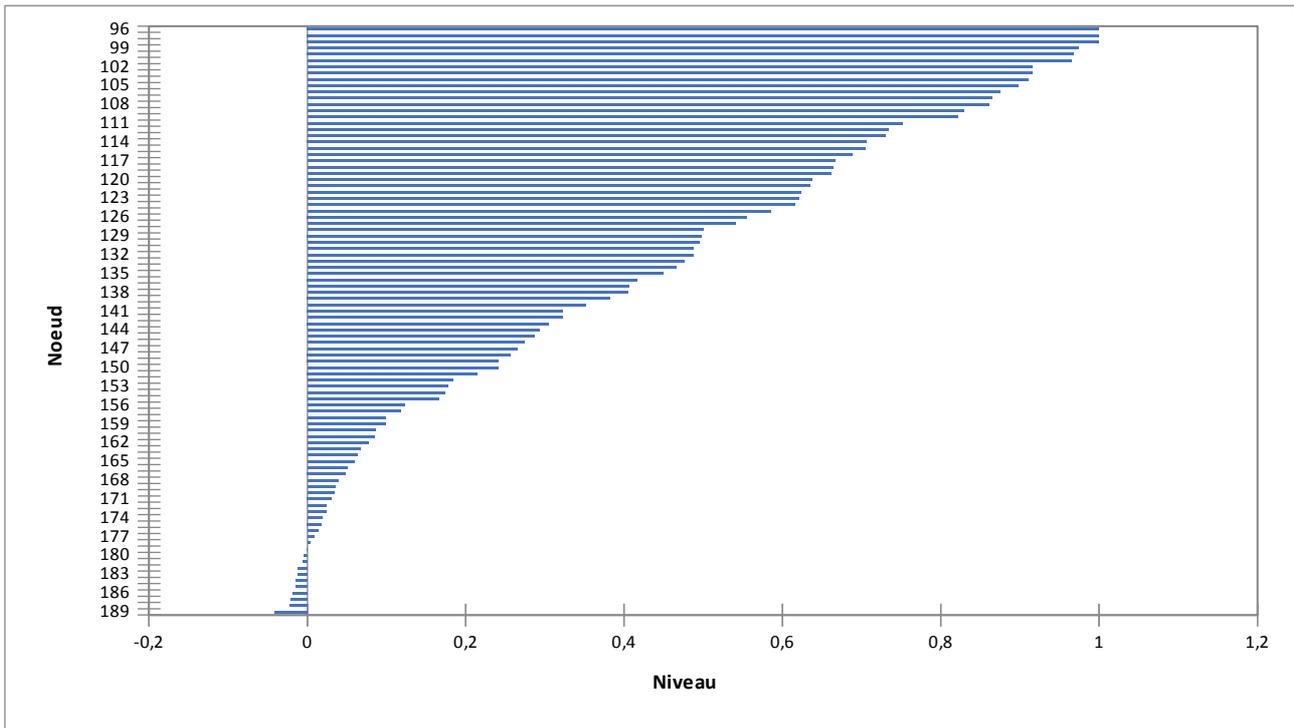


Figure 15 : Diagramme des niveaux

Il permet de visualiser l'indice de niveau des nœuds. Plus celui-ci est faible, plus les modalités composant ce nœud sont associées. On peut donc repérer à partir de quel nœud la variance interclasse (c'est-à-dire le niveau de différence entre les classes obtenues si l'on coupait le dendrogramme à ce niveau) s'accroît franchement. Ici, la croissance de l'indice de niveau est assez linéaire, ce qui indique que les associations se font de manière progressive, et non par paliers nets. Il n'existe pas de niveau à partir duquel les différences entre classes s'accroissent de manière brutale, mais l'on observe tout de même des points plus intéressants que les autres en termes de variance interclasse.

La partition qui a été choisie, aboutissant à 5 classes, constituait la plus pertinente pour l'analyse (figure 16).

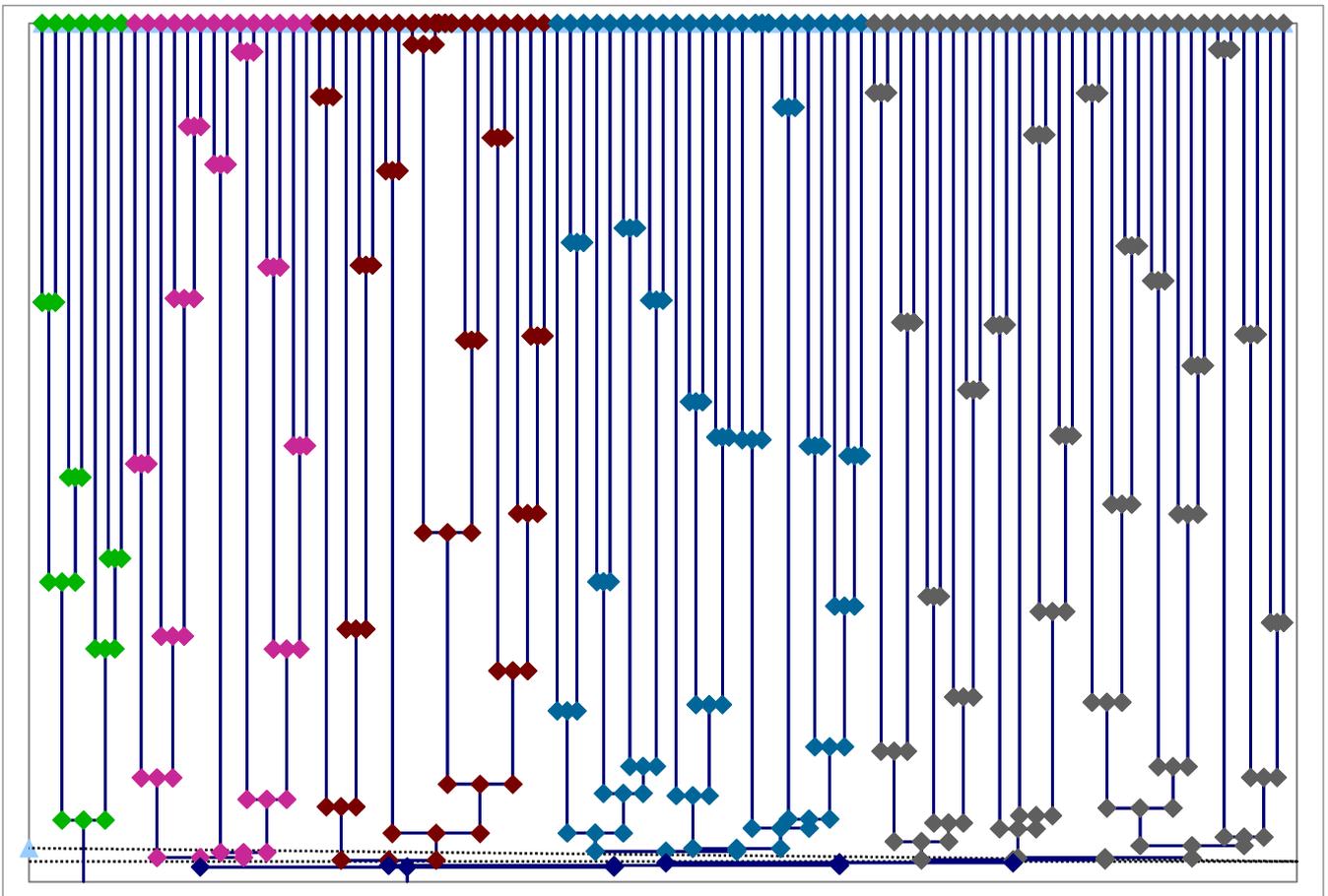


Figure 16 : Dendrogramme après troncature

Chaque couleur du dendrogramme représente une de ces classes, numérotées de 1 à 5. Nous allons détailler leur contenu.

3.2.1.2. *Profils de Classe*

Détaillons les modalités composant chaque classe obtenue par troncature du dendrogramme, en précisant entre parenthèses le poids de chaque modalité (le nombre de fois où elle est représentée). Les modalités dont le poids est inférieur à 2 et constituant des associations rares ne sont pas citées, en raison de leur faible contribution aux résultats et afin de clarifier les interprétations (par exemple Salariés + Patients + Jeunes, qui est unique). Les modalités soulignées constituent les objets centraux, c'est à dire ceux réunissant le plus de liens avec les autres au sein d'une même classe.

CLASSE 1 (gris) : Vienne (52), Haute-Vienne (44), Etablissement d'action sociale (44), Affichage + Consultation (42), Pyrénées-Atlantiques (35), Affichage + Atelier (26), Association autre secteur (25), Patients (21), Personnes en difficulté socio-économique (20), Autre (16), Professionnel de santé libéral (13), Deux-Sèvres (12), Salariés + Jeunes (11), Personnes handicapées (10), Réunion +

Atelier (5), Réunion + Manifestation événementielle (5), Patients + Jeunes (2)

CLASSE 2 (bleu) : Collectivité (61), Dordogne (57), Atelier collectif (49), Association secteur santé (47), Affichage + Manifestation événementielle (43), Landes (31), Lot-et-Garonne (24), Assurance Maladie (20), Affichage + Réunion + Consultation (13), Evènements (11), Affichage + Manifestation événementielle + Consultation (7), Service déconcentré de l'Etat (4), Salariés + Personnes handicapées (3)

CLASSE 3 (marron) : Collège/Lycée/Enseignement supérieur (109), Gironde (108), Jeunes (98), Salariés (65), Entreprise (46), Réunion + Consultation (18), Affichage + Réunion (15), Affichage + Consultation + Atelier (14), Affichage + Autre (12), Personnes en difficulté socio-économique + Jeunes (11), Salariés + Patients (7), Consultation + Atelier + Manifestation événementielle (5), Jeunes + Usagers de drogue (2), Salariés + Jeunes + Usagers de drogue (2), Affichage + Consultation + Atelier + Manifestation événementielle (2)

CLASSE 4 (rose) : Etablissement de Santé (139), Corrèze (54), Consultation (40), Charente (34), Charente-Maritime (31), Réunion (21), Etablissement pénitentiaire (5), Femmes enceintes/allaitantes (5), Affichage + Réunion + Atelier (5), Affichage + Réunion + Consultation + Atelier (5), Personnes immigrées + Personnes prostituées + Personnes sans domicile fixe + Personnes en difficulté socio-économique (1), Personnes sous-main de justice (1)

CLASSE 5 (vert) : Tout public (237), Affichage (158), Creuse (42), Mutuelles (7), Salariés + Handicapés + Personnes en difficulté (4)

En termes de contribution, les classes sont plutôt homogènes, comme le résume le tableau ci-dessous (tableau IV) détaillant pour chacune la somme des poids cumulés des modalités qui la composent. Les distances moyennes au barycentre varient selon la classe de 1 à 3,9 : ceci est dû à la présence de quelques modalités très spécifiques relativement éloignées de l'objet central de la classe à laquelle elles appartiennent, comme en témoigne les chiffres élevés des distances maximales. Ces distances moyennes restent tout de même acceptables malgré l'influence subie par les extrêmes, témoignant d'une bonne proximité relative entre tous les objets d'une même classe, particulièrement importante dans la classe 5.

Tableau IV : Caractéristiques des classes

Résultats par classe :					
Classe	1	2	3	4	5
Objets	32	24	18	14	7
Somme des poids	399	387	517	343	450
Variance intra-classe	315,3833	306,2024	287,0607	308,8467	245,7824
Distance minimale au barycentre	2,4423	1,9207	1,1386	0,9595	0,6678
Distance moyenne au barycentre	3,9642	3,3754	2,3007	2,4304	1,0964
Distance maximale au barycentre	19,6412	19,5698	18,2579	19,2864	16,4330

Au total, la CAH a permis de regrouper progressivement les modalités selon leur association statistique, jusqu'à la constitution de 5 groupes constitués de l'ensemble de 95 modalités. Ces 5 classes obtenues sont constituées des modalités les plus fréquemment associées les unes aux autres, elles représentent des profils types d'action mis en place lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine.

3.2.2. Analyse des réponses aux questions ouvertes

3.2.3.1. *Analyse lexicale*

Les réponses aux questions ouvertes constituent une mine d'informations complémentaires riche, qu'il était nécessaire d'exploiter. Plusieurs de ces questions sont présentes sur la fiche-action de la plate-forme OSCARS. La plupart permettaient de préciser les réponses aux questions fermées en y apportant une nuance ou des informations complémentaires.

- **Observation**

Une de ces questions ouvertes se distingue des autres : il s'agit de "Observation", dont la notice mentionne "Champ libre permettant de compléter avec des éléments non mentionnés précédemment". Cet espace libre a été utilisé par les porteurs d'actions pour apporter de très diverses informations sur la mise en place, le déroulement ou le ressenti de leur action.

115 réponses ont été obtenues, ce qui correspond à 21% des actions recensées sur OSCARS pour l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine.

3.2.3.2. Sélection de commentaires remarquables

Certains commentaires libres appartenant à la question ouverte « Observation » ont été sélectionnés afin d'être retranscrits ici. Ils sont classés selon la thématique abordée.

A propos de l'impact des actions, et du #MoisSansTabac en général :

- *"Nous avons approché une trentaine d'usagers, tous se sont montrés intéressés et nous ont encouragé pour notre démarche."*
- *"Échanges constructifs avec le public rencontré"*
- *"Succès et retours positifs sur cette journée"*
- *"Première intervention très concluante sur ce site qui s'explique par une bonne communication en amont mais aussi un très bon emplacement et la présence dynamique des infirmières du service santé de la structure."*
- *"D'année en année, plus de passages sur le stand. Meilleure connaissance de la campagne et de notre équipe d'intervenants."*

Sur l'émergence d'idées pertinentes pour améliorer les actions :

- *"Stand qui a très bien fonctionné. Points repérés comme leviers pour que l'action fonctionne : bonne communication en amont, action reconduite d'année en année, lien avec le service santé au travail de la structure, emplacement stratégique, dans le passage des Salariés"*
- *"Pertinence d'associer une "pré consultation" tabacologie en parallèle du stand"*
- *"Abord du cannabis également, des risques du tabac, de la cigarette électroniques"*
- *"Durant la semaine 47, l'infirmière scolaire propose une pesée des mégots sur 1 semaine, dans les locaux du LEP"*
- *"Un support vidéo est plus ludique et moins scolaire avec les jeunes"*
- *"Le collectif avec grand nombre de professionnels fait poids, et permet une visibilité plus conséquente par rapport à un stand avec deux ou trois professionnels."*
- *"Ouvrir la Fan Zone sur la fin d'après-midi, pour toucher plus de jeune, et de personnes"*
- *"Jeu réalisé en interne par le service prévention de la CPAM : « la santé, ça roule »"*

Sur l'utilisation des médias d'information :

- *"Débat /émission radio animée et enregistrée par des jeunes volontaires"*
- *"Article dans magazine local"*

- *"Enregistrement d'une "émission" Facebook live diffusée en direct sur internet"*
- *"Communication avec affichage et article dans magazine locale"*

Sur la pérennité des actions durant l'année après le #MoisSansTabac :

- *"Groupe en demande de poursuite d'actions de groupe : une rencontre par mois est organisée par eux-mêmes pour continuer à se soutenir"*
- *"Les participants demandent un suivi, que nous allons mettre en place avec deux ateliers animés par la tabacologue, à 3 et 6 mois."*
- *"A la demande des Lycées, nous allons mettre en place deux ateliers de suivi, l'un à 3 mois et l'autre à 6 mois."*
- *"Action à mener en transversal tout au long de l'année"*
- *"Action bien reçue par le public concerné (personnels de santé) : demande/ attente de pérennisation de l'action"*

A propos des difficultés rencontrées :

- *"Période de blocage par les gilets jaunes"*
- *"En raison du contexte social, peu de monde a pu se rendre à la journée de la Naissance du samedi 24 novembre"*
- *"Le temps de pause peu propice aux échanges car les Salariés ne sont pas disposés à prendre de leur temps. Action vue par certains comme étant "commanditée" par la direction dans un objectif de réduction des risques dans le cadre du travail."*
- *"Difficulté à motiver les mamans à l'arrêt du tabac. Groupes de parole pas attractif"*
- *"Peu de temps dans un Lycée professionnel à ce moment-là de l'année pour s'investir pleinement dans cette action."*
- *"Le choix du lieu peu adapté à cette action (manque de passage)"*

Sur les points à améliorer :

- *"Points d'amélioration : partenariat à mobiliser plus tôt et des animations à prévoir"*
- *"Besoin d'avoir quelques substituts nicotiques à disposition pour les publics fragiles (pour initier l'arrêt et relayer ces personnes vers des structures où ils pourraient avoir ces substituts gratuitement pour continuer le sevrage...)."*
- *"Besoin de quelques substituts nicotiques pour présenter les divers produits existant sur le marché (sans molécules actives dans les divers produits)"*

- *"Existe-il un jeu sur cette thématique pour faire jouer les jeunes de 12 à 18 ans qui ont des difficultés d'attentions ?"*
- *"Besoin de quelques gommes pour faire goûter aux jeunes fumeurs et pour pouvoir expliquer le panel de substituts nicotiniques qui peut leur être proposé."*

Sur la reconduction des actions pour l'édition 2019 :

- *"Ce travail partenarial va se poursuivre en 2019 et 2020 grâce à l'octroi de financements suite au dépôt d'un appel à projet permettant aux équipes d'expérimenter des ateliers d'éducation pour la santé mobilisant les compétences psychosociales des jeunes autour du Tabac."*
- *"A reconduire l'année prochaine"*
- *"Action reconduite l'an prochain mais portée par le Centre Hospitalier de Brive avec soutien de l'IREPS 19"*
- *"Le gérant de la salle de sport souhaite participer à nouveau au mois sans tabac en 2019"*
- *"Cela nous poussera à reconduire l'action en 2019 en y apportant quelques modifications en termes de lieu et d'horaire afin de toucher plus de personnes."*
- *"Action à reconduire, la population était réceptive et intéressée"*
- *"Action à reconduire, entretien collectif très enrichissant et dynamique."*

Ces commentaires sélectionnés nous renseignent sur le bilan que font les acteurs du #MoisSansTabac, les difficultés rencontrées, les améliorations envisagées, ou encore l'expérience acquise qui servira aux éditions futures sur lesquelles se projettent les acteurs.

3.2.1. Analyse des actions menées par les professionnels de santé libéraux

Au total, **14 actions** ont été menées par les professionnels de santé libéraux lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine. Une de ces actions n'avait pas été incluse dans les analyses statistiques précédentes car les données la concernant étaient incomplètes.

Parmi ces 14 actions :

- **7 actions** ont été menées dans des cabinets dentaires, à l'initiative de l'URPS Chirurgiens-dentistes Nouvelle-Aquitaine. Elles consistaient en la tenue de stands d'informations en salle d'attente avec possibilité d'un entretien individuel si demandé par le patient. Les outils utilisés ont été variés : test de Fagerström, outils Santé Publique France, tablette connectée au site tabac-info-service.

- 6 actions ont été menées dans des Maisons de Santé Pluridisciplinaire à l'initiative de médecins généralistes, des infirmiers et des autres professionnels de santé travaillant dans chacune. Elles ont combiné de l'affichage en salle d'attente avec la mise en place de créneaux de consultations spécifiquement dédiées au sevrage tabagique. Les moyens utilisés ont notamment fait appel à des tests de mesure du monoxyde de carbone, aux outils Santé Publique France, à des témoignages de "patients experts" (anciens fumeurs, patients en cours de sevrage).
- 1 fiche-action décrit de l'affichage et la tenue d'un stand dans plusieurs pharmacies d'une même ville, ainsi qu'une soirée de formation aux substituts nicotiques à destination des élèves-infirmiers menées dans une IFSI. Cette action aurait dû faire l'objet de plusieurs fiches, car elle décrit en fait plusieurs actions différentes.

3.2.1. Sélection d'actions remarquables

Certaines actions menées ont été remarquables par leur originalité, les outils utilisés, ou encore l'implication de leurs auteurs. Quelques-unes sont présentées ici. Rappelons que chaque action est importante, peu importe sa forme, et qu'il est simplement question de mettre ici en lumière des actions particulièrement originales pouvant être source d'inspiration.

- Le collectif **Creuse sans tabac** s'est fortement mobilisé en mettant en place un total de **33 actions** sur l'ensemble du département Creuse, sous forme de **stands d'information** au grand public (notamment dans les supermarchés), aux patients et aux familles dans les centres hospitaliers et les EHPAD, ou encore des actions dans les établissements d'enseignement supérieurs.
- L'association **PREV'enBUS** a organisé en Gironde un **Challenge inter-lycées** regroupant plusieurs lycées, avec pour but de mobiliser les élèves contre le tabac dans une compétition interclasses et inter-établissements, avec récompense de la classe la plus efficace. Les moyens mis en œuvre ont reposé sur des conférences d'information, le développement d'un esprit de compétition bon enfant, et une utilisation novatrice des réseaux sociaux associant création de vidéos, composition de musiques, animation d'une page Facebook (etc.). Un important engagement collectif a été ainsi déclenché.
- Le **CHU de Poitiers** a réalisé un "**Facebook live**", c'est à dire une émission diffusée en direct sur internet via le réseau social Facebook, avec la présence d'une tabacologue pneumologue répondant en direct aux questions des internautes. Si l'évènement n'a peut-être

pas eu la visibilité souhaité (car visible seulement des abonnés à la page Facebook du CHU de Poitiers), ce type d'utilisation des réseaux sociaux paraît pertinent et mérite d'être cité.

- **L'URPS Chirugiens-dentistes Nouvelle-Aquitaine** a représenté la plus forte mobilisation parmi les unions de professionnels de santé libéraux, avec **7 actions** menées dans les cabinets dentaires.
- En Gironde, le **Caan'Abus café** s'est déplacé devant les lycées et les universités à la rencontre des étudiants afin de mener des **actions de prévention** et des **consultations jeunes consommateurs**
- Les **Fan Zones**, présentes dans les centres villes de Poitiers, Limoges et Bordeaux, et les villages #MoisSansTabac à Angoulême, Périgueux et Mont de Marsan ont permis de lancer le démarrage du #MoisSansTabac en assurant une visibilité importante auprès du grand public
- Des actions ont été menées dans des **épiceries sociales** dans les villes d'Ussel (Corrèze), Guéret (Creuse), Melle (Deux-Sèvres), Châtelleraut (Vienne) et Saint-Junien (Haute-Vienne). Portées par les antennes départementales de l'IREPS, par des associations ou par les établissements de santé locaux, elles ont spécifiquement visé les publics en difficulté socio-économique à l'aide de mode d'actions variés (information, ateliers collectifs, consultations).
- Les jeunes volontaires de la **mission locale Technowest** à Mérignac (Gironde) ont enregistré une **émission de webradio** en présence d'experts, diffusée sur internet et ré-écoutable en podcast sur soundcloud.com
- Au sein de la **maison de santé de Vouneuil-sur-Vienne** (Vienne), les professionnels de santé (médecins généralistes et infirmiers) ont libéré des **créneaux de consultations tous les jours** du mois de novembre pendant 1h pour accueillir sans délais des patients souhaitant un accompagnement à l'arrêt du tabac

IV DISCUSSION

4.1. Forces et limites

4.1.1. Forces

Les forces de cette étude reposent sur :

- Un grand nombre d'actions étudiées : 546 recensées sur la plate-forme OSCARS
- Le travail de communication des équipes organisatrices du #MoisSansTabac assurant un recueil des actions le plus exhaustif possible
- La fiche-action utilisée et l'ergonomie de la plate-forme OSCARS assurant que la plupart des caractéristiques d'une action soient complétées, et réduisant au minimum la perte de données
- L'investissement important de la région Nouvelle-Aquitaine dans le #MoisSansTabac (2ème région de France en nombre d'actions), qui en font une cible d'analyse intéressante, dont certains résultats pourraient probablement être extrapolés aux autres régions
- Des méthodes d'analyses statistiques variées et complémentaires

4.1.2. Limites

Les limites de cette étude consistent en :

- Une perte de données non chiffrable et impossible à évaluer : combien d'actions ont été réalisées et n'ont pas été recensées sur OSCARS (ne serait-ce qu'une simple distribution de documentation) ?
- L'existence de quelques fiches-action mal remplies, ou incomplètes, occasionnant une perte de données : 22 fiches ont ainsi été exclues de l'ACM et de la CAH, soit 4% des 546 actions recensées sur OSCARS
- La présence de fiches-actions décrivant plusieurs actions au lieu d'une seule précise
- Les failles de la fiche-action OSCARS, et l'absence notamment de certaines catégories de structures proposées (professionnels de santé libéraux, association autres que celles du secteur de la santé)
- La variance importante des données, c'est-à-dire la grande diversité des actions, n'ayant pas permis l'établissement de classes aussi nettes que souhaitées par le biais de la classification ascendante hiérarchique

4.2. Discussion des résultats

4.2.1. Résultats quantitatifs

546 actions ont été recensées sur la plateforme OSCARS pour la Nouvelle-Aquitaine. Les actions réalisées et non recensées sur la plateforme OSCARS sont impossibles à quantifier, mais nous savons tout de même qu'elles existent. Ce nombre d'actions recensées, bien qu'inférieur à l'édition 2017 qui totalisait 627 actions, reste satisfaisant et témoigne d'une réelle implication de la part des acteurs régionaux pour le #MoisSansTabac. Cette diminution peut s'expliquer, au moins en partie, par le fait que les structures ont été chargées de remplir elles-mêmes les fiches alors qu'en 2017, la saisie avait été réalisée par l'ambassadeur Nouvelle-Aquitaine du #MoisSansTabac.

L'observation des types de structure à l'origine des actions nous indique que les établissements de santé sont au centre du #MoisSansTabac. En initiant le plus d'actions, ils constituent le principal relais du #MoisSansTabac en Nouvelle-Aquitaine et remplissent par là leur mission de santé publique. Néanmoins, les actions menées par ces structures touchent principalement les patients, leur entourage, et les personnels de santé plutôt que la globalité de la population. Ainsi, les actions dites hors-les-murs, demeurent toutefois, pour l'essentiel, « au pied des murs ».

Les établissements d'enseignement arrivent en seconde position, ce qui est extrêmement positif et montre un investissement important des acteurs envers la jeunesse. Cet effort, indispensable si l'on veut se diriger un jour vers une génération sans tabac, est à saluer et à poursuivre.

Les associations, entreprises et collectivités se sont également beaucoup investies, et se sont vraiment tournées vers le grand public : elles permettent de faire connaître le #MoisSansTabac au plus grand nombre et d'intéresser une population plus large que celle qui fréquente les établissements de santé.

Notons la très faible participation des professionnels de santé libéraux. Alors qu'ils pourraient être au cœur de ce dispositif grâce à leur proximité avec leur patientèle, ils ne sont pas investis dans le #MoisSansTabac via les actions recensées sur OSCARS. Ce point sera abordé plus en détail dans la sous-partie dédiée aux professionnels de santé libéraux.

En observant les publics particuliers ciblés spécifiquement par des actions (c'est à dire en excluant les actions "Tout public"), on constate que les jeunes arrivent en première position, ce qui est à nouveau très positif et correspond à l'investissement important des établissements scolaires, des

collectivités et des associations. Les salariés et agents arrivent en 2^o position : ce résultat reflète les actions menées par les entreprises et par les établissements de santé, généralement centrées sur leur personnel.

Notons que les personnes en difficulté socio-économique ont été la cible d'un grand nombre d'actions également, ce qui est positif car ces populations comptent parmi les plus touchées par le tabagisme (1), et c'est sur elles que pèsent le plus les conséquences du tabagisme, en termes de santé comme de budget (9). Ils représentaient une des cibles prioritaires sur lesquelles cette 3^{ème} édition du #MoisSansTabac souhaitait mettre l'accent.

On peut regretter que les femmes enceintes et allaitantes n'aient pas bénéficié de beaucoup d'actions spécifiques à leur encontre. En effet, elles représentent des patientes particulières pour qui l'arrêt du tabac est particulièrement urgent et peut s'avérer plus complexe. Elles devraient en ce sens bénéficier d'un plus grand nombre d'actions spécifiques, notamment grâce à un investissement plus important de la part des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes). Afin d'améliorer ce point pour la prochaine édition, un colloque réuni le 27 Juin 2019 à Bordeaux et organisé par le réseau périnatalité Nouvelle-Aquitaine (RPNA) a eu pour but de préparer 22 maternités de NA à organiser des ateliers de groupe pour les femmes enceintes fumeuses et leur entourage, durant le #MoisSansTabac.

La distribution géographique au sein de la région nous apprend que les départements ne se sont pas mobilisés de la même manière. En effet : la Creuse et la Corrèze, qui constituent les deux départements les moins peuplés, sont ceux qui totalisent le plus d'actions par habitant. A l'inverse, la Gironde et les Pyrénées-Atlantiques, les deux départements les plus peuplés de la région, sont respectivement 9^{ème} et 11^{ème} sur 12. Ce schéma de classement n'est pas applicable pour les départements situés entre ces deux extrêmes de population, qui ne suivent pas la même logique. Ces observations témoignent d'une importante disparité entre les départements en termes de mobilisation (**Annexe 2**). Toutefois, ceci doit être pondéré par le nombre d'inscrits par département à Tabac-info-service : en effet, la Gironde et les Pyrénées-Atlantiques ont été les deux départements comptant le plus d'inscriptions avec respectivement 7416 et 1668, pour un total de 23 591 en Nouvelle-Aquitaine. On peut donc imaginer que les actions menées dans un département peuplé mobilisent plus de participants.

En analysant le contenu des actions menées d'un territoire à l'autre, on constate que certains départements se démarquent franchement des autres. En effet, Le Lot-et-Garonne et la Charente n'ont été le théâtre d'aucune action dans les établissements d'enseignement, bien que celles-ci

représentent le deuxième type de structure le plus représenté à l'échelle de la région. Si ces départements comptent moins d'établissements d'enseignement supérieur que d'autres comme la Gironde, ils comprennent tout de même un grand nombre de structures d'enseignement dans lesquelles des actions devraient être menées afin de toucher les jeunes. Dans ces même deux départements, cependant, les établissements de santé se sont beaucoup mobilisés, ce qui contrebalance un peu cette perte en termes de quantité, mais ne permet pas de cibler le même type de public. Une explication peut se trouver dans l'existence d'autres actions mobilisant les établissements du Lot-et-Garonne et de la Charente-Maritime sur le sujet du tabac et des addictions, toute l'année, avec un lourd investissement de l'Agence Régionale de la Santé, notamment via les programmes Parcours Santé Jeunes dans le Lot-et-Garonne et Projections Dialoguées en Charente-Maritime.

Malgré ces différences, la cartographie nous montre que, quel que soit le département considéré, les actions ont tendance à se regrouper principalement au sein des plus grandes villes (**Annexe 1**). Cela se traduit par de nombreux territoires vierges de toute action, constitués principalement de zones rurales au sein desquelles l'impact du #MoisSansTabac risque d'être bien moins important. Cette disparité pourrait constituer une véritable inégalité territoriale de santé, combinée à la difficulté à recourir à des consultations spécialisées de tabacologie dans certaines zones rurales.

Concernant les types d'actions menées, on constate que l'affichage, la distribution de documents et la tenue de stands arrivent logiquement en tête : il s'agit du mode d'action le plus simple à mettre en place, et permettant de toucher le plus grand nombre. C'est à ce type d'actions que l'on doit la popularité de #MoisSansTabac, qui est un facteur primordial de la réussite de l'évènement. Le second type d'action en termes de quantité est représenté par les consultations pour le sevrage tabagique. C'est là aussi une satisfaction, puisque la consultation permet d'atteindre la finalité de la campagne, qui est l'initiation d'un sevrage tabagique chez les fumeurs.

Ne sont pas décrites ici toutes les actions pilotées directement par SPF et l'ambassadeur du #MoisSansTabac, qui relèvent de l'animation de réseaux sociaux, d'un plan de communication national et régional, de la coordination des actions et de l'information et la formation des partenaires et des professionnels.

4.2.2. Analyse des correspondances multiples : interprétations

Le graphique de l'ACM nous permet de formuler de nombreuses hypothèses sur les actions menées lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine et la comparaison avec le tableau de Burt permet de confirmer ces tendances. La vue d'ensemble offre déjà des informations intéressantes.

Dans un premier temps, on note que **les actions menées ont été d'une grande richesse et d'une importante diversité**, ce qui est représenté par la dispersion importante des modalités selon les deux axes. Une thèse de médecine soutenue en 2017 et analysant l'édition 2016 du #MoisSansTabac relevait déjà la grande diversité des actions menées en Nouvelle-Aquitaine (47).

La position centrale de « Tout public » montre que tous les types de structure, tous les départements et tous les modes d'actions ont pu y être associé. En d'autres termes, on peut retenir qu'**un très grand nombre de type d'actions différentes a été orienté vers le grand public**, et pas seulement des actions simples d'affichage dans un lieu public, par exemple. C'est extrêmement positif, car cela indique que **les moyens mis en œuvre pour toucher le plus grand nombre ont été très variés**.

A l'inverse, notons qu'aucune autre modalité de type "public" n'est présente en position centrale : cela montre que **les publics spécifiques ont été visés par des actions particulières, moins variées dans leur forme que celles visant le grand public, donc plus stéréotypées**.

Concernant les modes d'actions centraux, on note que **l'affichage, les manifestations évènementielles et l'association d'affichage et de consultations ont été les moyens utilisés dans le plus de types d'actions différentes. Ces moyens ont également été privilégiés pour toucher le grand public**. A l'inverse, les autres modes d'actions, comme la consultation seule, les ateliers collectifs ou les réunions d'informations ont été plutôt utilisés pour cibler un public spécifique dans une structure particulière.

- **Particularités départementales**

Dans les départements Corrèze, Vienne, Haute-Vienne, Creuse, Landes, Dordogne, les actions ont été moins spécifiquement associées à des types de public, de structure, ou de mode d'action que dans les autres départements. Dans ces départements, les actions ont pu être plus variées que dans les autres, en tenant compte des proportionnalités.

Dans tous les cas, notons que les départements sont très dispersés selon les deux axes factoriels, ce qui indique que **les actions menées ont été très diverses d'un département à l'autre**, à quelques

exceptions près.

Les spécificités départementales les plus caractéristiques peuvent être résumées ainsi :

- **La Gironde a été le théâtre d'un très grand nombre d'actions visant les jeunes et menées dans les établissements scolaires.** La proximité de ces modalités est retranscrite sur le graphique de l'ACM. Elle est confirmée par le tableau de Burt, qui nous apprend que sur les 109 actions menées dans des établissements scolaires en Nouvelle-Aquitaine, 53 l'ont été en Gironde (soit 49%). Sur les 98 actions menées auprès des jeunes, 36 ont eu lieu en Gironde (37 %).
- **Dans les Deux-Sèvres, le taux d'actions ayant eu lieu dans les établissements scolaires et ciblant les jeunes sont également particulièrement élevés.** En effet, 5 actions sur 12 (soit 42%) ont eu lieu dans un établissement scolaire, et 4 actions sur 12 (soit 33%) ciblaient spécifiquement les jeunes. Cependant, le faible nombre d'actions recensées dans ce département nuance ces résultats.
- A l'inverse, aucune action dans un établissement scolaire ni aucune action ciblant spécifiquement les jeunes n'a été recensée dans les départements Charente et Lot-et-Garonne. Mais nous en avons donné une explication possible.
- **En Charente, la grande majorité des actions ont été menées par les établissements de santé,** avec 24 actions sur les 34 recensées (70%). Les autres types de structure ont donc été moins investis, avec seulement 10 actions sur les 34 que comptent le département.
- **Les Pyrénées-Atlantiques regroupent 38% des rares actions menées par les professionnels de santé** (5 sur 13). Ce lien n'est pas évident sur le graphique de l'ACM en raison du faible poids de la modalité professionnel de santé.
- Les autres départements présentent des profils plus nuancés, bien que tous différents les uns des autres.

- **Spécificité selon le type de public visé**

On peut remarquer que **les modes d'actions utilisés ont été différents selon le type de public visé, mais aussi selon la structure à l'origine de l'action.**

Ainsi, le grand public a été ciblé par des consultations et de l'affichage dans les actions menées par les établissements de santé ; alors que les collectivités ont plutôt mis en place des manifestations événementielles en plus de l'affichage. Les entreprises, elles, n'ont utilisé quasiment que de l'affichage pour toucher le grand public, au contraire des associations du secteur de la santé qui ont

en plus menés des ateliers collectifs.

Les jeunes ont été ciblés par un grand nombre de méthodes d'actions différentes (affichage, conférences, consultations, ateliers collectifs), mais ils présentent une affinité forte avec les réunions d'informations et conférences, puisque ce mode d'action a été très spécifiquement utilisé pour cibler les jeunes (52%).

Les personnes en difficulté socio-économique ont été fortement ciblées par des consultations faisant suite à une première méthode d'approche. En effet 25% des actions ciblant ce public ont été constituées par l'association affichage et consultation, et 25% par l'association réunions et consultations. **Cela montre que les partenaires du #MoisSansTabac ont compris que ce type de public pouvait être plus difficile à accrocher, étant plus touché par le tabagisme (1) et qu'il nécessitait souvent une aide médicale pour accompagner l'arrêt. Notons également que la majorité des actions ciblant les personnes en difficulté socio-économique ont été menées par les établissements d'action sociale (55%).**

De la même manière, **le mode d'action privilégié pour cibler les femmes enceintes ou allaitantes a été la consultation,** car 60% des actions menées vers elles ont compris une consultation. **On peut à l'inverse regretter le manque d'affichage, de manifestations événementielles ou d'ateliers collectifs spécifiquement dédiés aux femmes enceintes ou allaitantes,** car rappelons qu'elles n'ont fait l'objet spécifique que de 11 actions sur la Nouvelle-Aquitaine. Il paraît en effet nécessaire de briser le tabou englobant le tabagisme et la grossesse en menant des actions fortes vis-à-vis de ce public particulièrement à risque. Rappelons que le tabagisme chez les femmes fumeuses est particulièrement important en Nouvelle-Aquitaine (42), et qu'elles figuraient parmi les publics prioritaires sur lesquels la 3^{ème} édition du #MoisSansTabac souhaitait se concentrer (40). Concernant leur origine, on constate que **100% des actions ciblant les femmes enceintes ou allaitantes ont été menées par les établissements de santé. On peut là encore regretter l'absence flagrante des professionnels de santé libéraux, qu'ils soient médecins généralistes, gynécologues ou sages-femmes.**

Les personnes handicapées ont quasi exclusivement été ciblées par les établissements d'action sociale, avec 7 actions sur 10 prenant place dans ces structures (soit 70%), et les moyens utilisés ont principalement constitué en des ateliers collectifs, seuls ou avec de l'affichage (50%).

Les personnes sous-main de justice n'ont été ciblée que par 2 actions en Nouvelle-Aquitaine. Pourtant, une thèse de médecine soutenue en 2019 portant sur l'évaluation du #MoisSansTabac au sein du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan montre les bénéfices de la campagne (48). En

effet les personnes incarcérées semblent être réceptives au #MoisSansTabac, et les efforts devraient donc être poursuivis et amplifiés.

4.2.3. Classification ascendante hiérarchique : interprétations

La CAH nous fournit un dendrogramme que l'on peut découper en classes, constituées de modalités corrélées les unes aux autres, soit directement soit par un intermédiaire, qui peuvent représenter des profils types d'action menées lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine.

Le dendrogramme obtenu présente un aspect intéressant : il ne prend pas la forme d'un escalier, ce qui indique que de nombreuses modalités sont très opposées les unes des autres et ne vont s'associer que tardivement. Cependant, le diagramme des niveaux est très progressif : il n'existe pas de nœuds constituant des fractures nettes qui auraient constitué une zone de coupure évidente pour la constitution des classes. Cela indique que les modalités se regroupent petit à petit, et non par pallier.

D'un point de vue pragmatique, cette décroissance progressive des niveaux est une excellente nouvelle : elle témoigne de **l'importante variété des actions recensées**.

Les profils obtenus constituent donc des associations de modalités stéréotypées entre lesquelles existe un lien statistique, mais ils ne reflètent pas à eux seuls la complexité et la diversité des actions recensées. Ces profils constituent des tendances qu'il est intéressant d'analyser, mais qui ne représentent pas la réalité dans son entièreté et dans toute sa diversité.

Notons que la plupart des classes obtenues contiennent au moins une structure, un public, un mode d'action et un département, ce qui permet réellement de les transposer en profils types. Une action réelle menée lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine a été sélectionnée pour chacun des profils décrits, et est présentée en guise d'exemple.

- Le **Profil 1** représente des actions :
 - Menées par les Etablissements d'action sociale, les Associations d'autre secteur que la santé et les Professionnels de santé libéraux,
 - Ciblant les Patients, les Personnes en difficulté socio-économiques, les Salariés associés aux Jeunes et les Personnes handicapées,
 - Par le biais d'Affichage associé à des Consultations, d'Affichage associé à des Ateliers, de Réunions associées à des Ateliers ou de Réunions associées à des Manifestations événementielles,

- Dans les départements Vienne, Haute-Vienne, Pyrénées-Atlantiques et Deux-Sèvres

Exemple 1 : A Limoges (Haute-Vienne), le secours populaire a mis en place une action visant les personnes en difficulté socio-économique par le biais de séances d'information au sein d'une structure de distribution d'aide alimentaire et l'organisation de consultations sans délais par un tabacologue. Cette action a pu être menée grâce au comité départemental contre les maladies respiratoires de la Haute-Vienne et à l'ARS qui a participé au financement. Quatre sessions d'information de 3h ont été tenues en présence d'un tabacologue, et seize consultations sans délais ont été menées.

- Le **Profil 2** représente des actions :

- Menées par les Collectivités, les Associations du secteur de la santé, l'Assurance Maladie et les Services déconcentrés de l'Etat
- Ne ciblant pas un public particulier et bien défini
- Par le biais d'Ateliers collectifs, de Manifestations événementielles, ou d'Affichage associé à un autre mode d'action (Manifestations événementielles, Réunions et Consultations, ou Manifestations événementielles et Consultations)
- Dans les départements Dordogne, Landes et Lot-et-Garonne

Exemple 2 : A Bergerac (Dordogne), la mission locale a organisé une action en partenariat avec le CH de Bergerac, ciblant notamment les jeunes de la mission locale, avec la mise en place d'ateliers collectifs sous forme d'échanges sur le tabac à partir d'un photolangage. L'ANPAA, le CEID et Santé Publique France ont été partenaires de l'action. Quatre séances de 1h30 à 3h ont été menées.

- Le **Profil 3** représente des actions :

- Menées par les structures d'enseignement Collèges/Lycées/Enseignement supérieur et les Entreprises
- Ciblant les Jeunes, les Salariés, et parfois plus spécifiquement les Jeunes en difficulté
- Par le biais d'actions mixtes associant des Réunions et/ou de l'Affichage à des Consultations ou des Manifestations événementielles
- Dans le département de la Gironde

Exemple 3 : A Lesparre-Médoc (Gironde), une action a été menée au sein du lycée Odilon Redon, avec projection d'un film suivi d'un débat en présence d'une infirmière, tenue d'un stand dans la cour de l'établissement animé par une diététicienne et coach sportive, échanges avec une psychologue sur

l'addiction au tabagisme. L'ARS a été partenaire de l'action.

- Le **Profil 4** représente des actions :

- Menées par les Etablissements de Santé et les Etablissements pénitentiaires (peu nombreux)
- Ne ciblant pas un public particulier et bien défini dans la plupart des cas, mais regroupant quelques actions ciblant spécifiquement les Femmes enceintes ou allaitantes, les personnes précaires, ou les Personnes sous-main de justice (pour les établissements pénitentiaires uniquement)
- Par le biais de Consultations et de Réunions essentiellement, mais également par quelques actions y associant de l’Affichage et/ou des Ateliers
- Dans les départements Corrèze, Charente et Charente-Maritime

Exemple 4 : Le Centre Hospitalier d'Angoulême (Charente) a mené une action ciblant les patients des consultations préopératoires externes d'orthopédie, en proposant à chacun d'entre eux une consultation de tabacologie sans délais avec une IDE ELSA, dans le but de débiter un arrêt du tabac pouvant notamment faciliter la période post-chirurgicale (réduction des risques de complications, amélioration de la cicatrisation, etc.).

- Le **Profil 5** représente des actions :

- Ayant pu être menées par de nombreux types de structure différents (car aucune structure de poids important n'y est spécifiquement associée), parmi lesquelles se retrouvent les Mutuelles
- Ciblant le Tout public essentiellement, mais contenant également quelques actions ciblant les Salariés associés aux handicapés et aux personnes en difficulté socio-économique
- Par le biais d’Affichage
- Dans le département Creuse

Exemple 5 : A Guéret (Creuse), le collectif Creuse sans tabac a tenu un stand à destination du grand public au sein d'un supermarché "hard-discount", avec l'objectif d'informer sur le tabagisme et les possibilités de sevrage tabagique. Des CO testeurs (test au monoxyde de carbone) et les outils Santé Publique France ont été utilisés pour accrocher les passants. L'IRPS, ANPAA et le Centre d'aide au sevrage tabagique de l'établissement de santé MGEN de Sainte-Feyre ont été partenaires de l'action. L'ARS et l'Assurance Maladie ont participé au financement de l'action.

Ces cinq actions sont toutes très différentes les unes des autres. Chacune représente une action-type, un modèle stéréotypé sur lequel toutes les autres actions du #MoisSansTabac s’alignent, ou dont

elles s'approchent, en y incluant des différences plus ou moins marquées. Mais la décroissance progressive des niveaux montre qu'il n'existe que très peu d'actions parfaitement similaires entre elles. **Cela montre toute la richesse des actions déployées lors du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine, et la volonté des partenaires d'expérimenter toujours plus de méthodes différentes et originales pour parvenir à toucher leur public.**

4.2.4. Questions ouvertes

21% des acteurs ont ajouté des notes à la question ouverte "Observations", ce qui est assez satisfaisant, puisque cela représente un total 115 réponses, suffisant pour effectuer une analyse lexicale.

La forte présence des termes "personnes" et "public" dans les premières places nous montre que les porteurs d'action se sont majoritairement interrogés sur **l'impact de leur action et le ressenti du public ciblé**. La présence de "jeunes" témoigne à nouveau de l'abondance des actions ciblant ce type de public. Enfin, les termes "reconduire" (8 occurrences) et "2019" (4 occurrences) attestent de la volonté des porteurs d'action de **renouveler leurs actions pour l'édition 2019, et leur vision de la campagne comme étant désormais un rendez-vous annuel s'inscrivant dans le temps.**

On constate que les précisions sur le lieu d'action renvoient majoritairement à des **lieux de grande affluence et de passage** ("centre", "hall", "place" et "accueil"), permettant une **visibilité importante des actions et visant à toucher le plus grand nombre.**

Plusieurs mots renvoient aux établissements de santé : "service", "psychiatrie" et "hospitalier", ainsi qu'"établissement", bien qu'il ne soit pas spécifique. La présence de "psychiatrie" intrigue, et suggérerait qu'un certain nombre d'actions au sein des établissements de santé ont pris place dans les services de psychiatrie.

En analysant les précisions sur le type d'action, on retrouve des termes liés au mode d'action le plus utilisé lors des actions, qui a été l'affichage et la tenue de stand ("stand", "information").

Les autres termes récurrents nous démontrent que **le fumeur et son tabagisme sont au centre de l'action** ("tabac", "sevrage", "individuel"). On note l'abondance d'un **vocabulaire bienveillant démontrant l'envie d'accompagner le fumeur dans son arrêt du tabac** ("groupe", "auprès", "accompagnement", "autour", "collectif").

La description des actions témoigne d'**interventions douces visant à proposer une information et une aide au fumeur afin de déclencher chez lui la volonté de l'arrêt** ("information", "sensibilisation", "possibilité", "prévention", "consultations", "documentation", "incitation", "déclat", "susciter"), **sans chercher à imposer l'arrêt contre sa volonté**.

Les commentaires montrent une globale satisfaction des acteurs du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine, qui témoignent d'**actions constructives** et de **succès** pour la plupart. **Les acteurs relatent des idées originales et novatrices, fruits de leurs expériences d'une, deux ou trois éditions du #MoisSansTabac. Les partenaires semblent ainsi avoir acquis un savoir précieux qui pourrait être davantage partagé et valorisé.** Les difficultés évoquées concernent essentiellement un lieu ou un horaire inadapté, le manque de substituts nicotiques à visée démonstrative, ainsi que la période d'agitation sociale concomitante liée au mouvement des Gilets Jaunes. Enfin, on note que **les acteurs sont tournés vers l'avenir et évoquent la poursuite des efforts mis en place** durant ce mois de novembre pour le restant de l'année, ainsi que l'édition 2019 du #MoisSansTabac.

4.2.5. Actions des professionnels de santé libéraux

Les professionnels de santé libéraux ont été très peu investis dans ce #MoisSansTabac, si on se réfère au remplissage des fiches dans OSCARS. Ce manque d'implication diminue forcément l'impact de cette campagne, car les professionnels de santé libéraux sont particulièrement proches de leur patientèle et peuvent avoir une influence importante sur la décision d'un arrêt du tabac. Les médecins généralistes libéraux devraient tenir un rôle central lors du #MoisSansTabac et ne pas être simplement spectateurs de ses conséquences. Ils restent les premiers prescripteurs de substituts nicotiques en Nouvelle-Aquitaine, dont les ventes ont explosé en 2018 grâce aux actions combinées de santé publique (49).

Les raisons de ce manque d'implication des généralistes ont été étudiée dans une thèse de médecine générale soutenue en 2017 et prenant pour exemple des médecins généralistes de la métropole bordelaise (50). Une autre thèse a également étudié le sujet dans le Lot-et-Garonne (51). Beaucoup de médecins évoquaient principalement un manque d'information au sujet de la campagne, d'autres leur scepticisme quant à son efficacité, ou encore le manque de temps disponible pour y participer. En 2019 cependant, certains de ces arguments ne tiennent plus : les médecins généralistes ne peuvent plus plaider l'ignorance de cet événement national qui a lieu chaque année depuis 3 ans, et est de plus en plus populaire. Des efforts de communication ont été faits, et les médecins sont

désormais sollicités de manière plus spécifique, comme ils le souhaitent. Quant aux résultats concrets de la campagne, ils ont été largement étudiés, que ce soit en France ou dans d'autres pays : l'efficacité du #MoisSansTabac n'est plus à prouver. Enfin, l'accompagnement de l'arrêt du tabac, s'il peut être chronophage en tant que tel, permettra de libérer du temps médical à terme en diminuant les complications des ex patients fumeurs. Certains médecins évoquaient également dans ces études un manque de compétences ressenti dans le domaine du sevrage tabagique. Pourtant de nombreuses formations sont mises en place et permettent de pallier ce sentiment d'incompétence lorsqu'il existe.

Ces thèses préconisaient une information plus précoce des médecins généralistes par Santé Publique France, combinée à l'envoi systématique d'un kit patient et d'un bon de commande d'outils de la campagne, sans attendre une démarche de la part des médecins eux-mêmes. Ces mesures ont été mises en place pour l'édition 2018, mais ne semblent pas encore suffisantes pour que les professionnels de santé libéraux s'investissent davantage.

Il est également possible, et même probable, que les professionnels de santé libéraux soient beaucoup plus investis qu'ils n'y paraissent, ne serait-ce que par la sollicitation de leurs patients pour les prescriptions de traitements substitutifs nicotiques, du fait de leur remboursement et de leur promotion dans le cadre du #MoisSansTabac. Cette implication, qui finalement est sans doute la plus importante sur le plan pratique, ne relève pas du remplissage de fiches OSCARS. En effet, les ventes de traitements de substitution nicotique ont explosé en 2018 : l'OFDT a recensé 3 413 896 équivalents patients traités, contre 2 726 417 en 2017, soit une hausse de 125% (49).

Une enquête de Santé Publique France sous forme de post-tests qualitatifs de #MoisSansTabac 2018 a été menée auprès de médecins généralistes et de pharmaciens afin de recueillir leur perception de l'évènement. Ces professionnels reconnaissent leur rôle dans le sevrage tabagique et au sein de la campagne #MoisSansTabac, pourtant, l'intérêt manifesté est en pratique modeste. La connaissance et la compréhension de l'opération apparaissent en moyenne insuffisantes. L'implication est en réalité très dépendante d'un praticien à l'autre selon des critères tels que l'âge, le rapport personnel au tabac ou les expériences professionnelles. Les médecins généralistes ont affirmé se sentir exclus de la campagne, alors que les pharmaciens apprécient d'être impliqués, bien que leur participation ait souvent été minimale. Au total, les professionnels de santé ont été assez critiques vis-à-vis du #MoisSansTabac dans cette enquête, mais ils restent conscients du rôle qui est le leur dans la lutte contre le tabagisme. Ces conclusions ont invité Santé publique France et les ambassadeurs régionaux du #MoisSansTabac à repenser leur stratégie de communication auprès des professionnels de santé.

4.3. Perspectives d'amélioration

4.3.1. La fiche-action de la plateforme OSCARS

Quelques éléments pourraient être modifiés sur la fiche-action OSCARS, afin de faciliter le recueil des données et de rendre celles-ci plus faciles à analyser :

- Le libellé "Professionnel de santé libéral" doit absolument figurer dans types de structures proposés : cela permettra non seulement de mieux recenser leur participation, mais également de mieux les inclure dans la campagne du #MoisSansTabac. En effet, le fait de ne pas se retrouver dans cette liste pourrait amener les professionnels de santé libéraux à ne pas voir l'utilité de leur participation suffisamment reconnue.
- Une modalité décrivant les associations d'autre secteur que la santé devrait être créée, incluant les "association ou centre sportif, culturel ou de loisirs" et d'autres modèles d'associations qui ne se sont pas reconnus dans cette description et ont coché "autre"
- Certaines modalités appartenant au type de public n'apportent aucune information et complexifient inutilement les résultats, comme cela est décrit dans la partie "Traitement des données"
- Le choix de "Tout public" devrait exclure les autres types de public cochés. Le nombre de public cochés devrait être limité à 2 ou 3
- Certaines modalités devraient être regroupées afin d'éviter les redondances. En effet, il existe des modalités décrivant une tranche d'âge, et d'autres un statut socio-professionnel, qui se recoupent souvent. C'est souvent le cas avec toutes les modalités décrivant les publics jeunes
- Les "Objectifs de l'action" proposés devraient être reformulés : ils se recroisent souvent et manquent de clarté, ce qui fait que beaucoup d'acteurs en ont coché plusieurs, voire les ont tous cochés. Ils n'ont pas été analysés dans cette étude pour ces raisons.
- La case "Observation", qui se situe juste après "Financier", a parfois été prise à tort pour une observation concernant les financeurs uniquement, plutôt que comme un moyen d'exprimer des observations générales sur l'action menée. Afin de rectifier cela, il serait préférable de la renommer en "Commentaires libres sur l'action", par exemple. L'infobulle devrait préciser qu'il s'agit d'un champ libre.

4.3.1. Le #MoisSansTabac

Afin d'améliorer les éditions à venir du #MoisSansTabac, certaines perspectives sont d'ores et déjà mises en place en vue de la 4^e édition. Elles vont être détaillées ici. Par la suite, d'autres pistes qui pourraient également être suivies vont être proposées.

Afin d'augmenter le nombre et la qualité des actions menées :

- Chaque année, les partenaires identifiés font systématiquement l'objet d'une relance, et sont conviés à deux ou trois **réunions départementales** dans le but de maintenir la mobilisation et de pérenniser les actions d'une édition de #MoisSansTabac à l'autre. Ces réunions doivent être poursuivies, et peut-être multipliées afin d'ancrer profondément l'évènement dans le calendrier annuel de tous les partenaires.
- Les comités de pilotage départementaux et régionaux communiquent après chaque #MoisSansTabac les résultats de la campagne. Ceci est essentiel pour valoriser le travail mené et mettre en lumière son utilité, mais la communication pourrait aller plus loin avec la création d'un **document synthétique annuel** lisible à destination spécifique de tous les partenaires, pointant les points positifs mais également les détails à améliorer.
- L'utilisation du média **internet** est relativement bonne en Nouvelle-Aquitaine, qui est la région comptant le plus d'internautes pour sa page Facebook. Cependant, l'emploi des réseaux sociaux reste insuffisant, car trop centré sur Facebook, qui est délaissé par les populations les plus jeunes. Il est indispensable de développer la communication sur les réseaux sociaux les plus en vogue, comme Instagram, en mettant d'avantage en avant les influenceurs, dont le pouvoir sur les jeunes est très important.
- Un **guide à l'usage des acteurs de #MoisSansTabac** existe (52), mais il reste assez sommaire et devrait être étoffé. Il pourrait regrouper des conseils méthodologiques sur la mise en place d'une action, des témoignages d'acteurs vétérans, des exemples d'actions fructueuses, un récapitulatif des outils disponibles et de la manière d'obtenir des financements. En effet, l'expérience accumulée par les partenaires après 3 éditions du #MoisSansTabac est précieuse, et pourrait être utilisée de la sorte. Afin de présenter quelques modèles pouvant inspirer le plus grand nombre, des exemples d'actions inspirés des 5 profils retrouvés dans cette thèse pourraient être utilisés.
- Les **outils Santé Publique France** doivent continuer à être développés, notamment afin en faveur des publics spécifiques relativement délaissés par le #MoisSansTabac, avec en premier lieu les femmes enceintes

Afin de favoriser la participation des professionnels de santé libéraux au #MoisSansTabac :

- La **communication auprès des professionnels de santé libéraux** doit être améliorée. De nombreux efforts ont été faits pour cette édition 2018, mais la faible participation des professionnels de santé en termes d’actions réalisées, et concernant le #MoisSansTabac en général, montre qu’il subsiste une marge d’amélioration importante. Par exemple, l’envoi d’un guide spécifiquement créé pour les professionnels de santé libéraux quelques mois avant l’évènement, mettant en lumière des exemples possibles d’actions à mener et récapitulant les formations au sevrage tabagique accessibles (en présentiel ou en ligne) serait pertinent. Il faut également inciter les professionnels à d’avantage entrer leurs actions sur OSCARS ou les aider à le faire.
- **Les formations au sevrage tabagique** des professionnels de santé libéraux en amont du #MoisSansTabac, mises en place depuis 2016, doivent être poursuivies. Elles ont déjà été renforcée cette année, avec plus d’une quarantaine de soirées de formation organisées par les CPAM et AGIR 33 avec ses partenaires. Elles devraient permettre aux professionnels de santé de se sentir plus compétents dans ce domaine et les pousser à s’investir davantage dans la lutte contre le tabagisme. Les tutoriels en ligne doivent également être mieux diffusés auprès des professionnels de santé, qui ne connaissent pas toujours leur existence.
- Pour les médecins généralistes, il existe depuis 2017 un objectif s’intégrant dans les ROSP lié au tabac. Il est représenté par la « Part des patients tabagiques ayant fait l’objet d’une intervention brève ». Si cet indicateur a le mérite de rappeler aux médecins traitants leur rôle dans le sevrage tabagique, il paraît clairement insuffisant, et repose uniquement sur du déclaratif. Créer **un indicateur basé sur les prescriptions de TNS** pourrait être pertinent et inciter les généralistes à dédier davantage de temps à la prise en charge du tabac. Une seconde piste pourrait être un indicateur basé sur la **participation à une campagne nationale de santé publique, comme le #MoisSansTabac**. Ceci pourrait avoir un effet positif sur la participation des médecins généralistes à l’opération, en valorisant le temps passé à mener une action
- La création d’un acte « **Consultation dédiée au sevrage tabagique** » mieux rémunéré qu’une consultation normale, a déjà été évoquée : cela reste idée intéressante pour valoriser le temps utilisé, et surtout pour attirer l’attention des médecins généralistes sur la question du sevrage tabagique et les inciter à se former davantage

- Renforcer la **formation des étudiants de santé**, notamment des internes de médecine générale, en augmentant le volume horaire de cours sur le tabagisme, est essentiel. Dédier un cours aux grandes campagnes de santé publique comme #MoisSansTabac et au rôle que peut y tenir un médecin généraliste serait également pertinent. A l'Université de Bordeaux, ceci pourrait être intégré dans la journée d'enseignement consacrée aux addictions et dans celle consacré à la promotion de la santé
- Communiquer sur les **derniers chiffres du tabagisme** en baisse et sur les **résultats du #MoisSansTabac** permettrait de balayer le scepticisme de certains professionnels de santé libéraux quant à la campagne, et les inciter à s'investir davantage.

V CONCLUSIONS

Au terme de sa troisième édition, le #MoisSansTabac semble avoir atteint sa maturité. Les actions menées en Nouvelle-Aquitaine ont été d'une grande richesse et d'une importante diversité.

L'observation des publics visés a montré que les jeunes ont constitué une cible prioritaire de très nombreuses actions, ce qui est très positif et nécessaire dans l'objectif de la génération sans tabac espérée par le dernier Plan National de Lutte contre le Tabagisme. Les femmes enceintes ont, elles, été relativement peu ciblées et nécessiteraient que d'avantage d'actions leur soient dédiées.

L'étude des acteurs de ce #MoisSansTabac nous montre une participation satisfaisante des établissements de santé, des établissements d'enseignement, des associations et des entreprises, qui représentent les structures les plus investies en Nouvelle-Aquitaine. Les professionnels de santé libéraux, cependant, restent très marginaux et n'ont mené que 13 actions sur 546. L'amélioration de #MoisSansTabac devra pourtant impérativement passer par eux, et nous ne pouvons qu'espérer qu'ils prennent un rôle plus important dans les éditions à venir de cette campagne nationale de santé publique.

Des particularités départementales existent et témoignent de points à améliorer. Elles ne sont pas toutes justifiées par la démographie, et démontrent parfois des lacunes en termes de mobilisation, qui nécessiteraient sans doute une communication plus ciblée. En termes quantitatifs, la Gironde et les Pyrénées-Atlantiques ont été les départements abritant le moins d'actions par habitants en Nouvelle-Aquitaine, alors que ces territoires sont relativement bien dotés en offre de soins. Une autre faiblesse importante, qualitative cette fois, est représentée par la Charente et le Lot-et-Garonne, dans lesquels aucune action ciblant les jeunes n'a été recensée durant ce #MoisSansTabac, bien que des interventions d'autres natures aient lieu le restant de l'année. D'autres exemples similaires de faiblesses territoriales ont été retrouvés : il faut les utiliser pour cibler les points négatifs où ils existent.

L'analyse des correspondances multiples et la classification ascendante hiérarchique ont permis de mettre en évidence 5 profils d'actions stéréotypées, à partir desquelles découlent toutes les autres actions, s'éloignant plus ou moins de ces modèles par un ou plusieurs critères.

Ces cinq modèles peuvent être résumés ainsi :

- Les actions menées par les établissements d'action sociale, les associations hors secteur de la santé et les professionnels de santé libéraux, ciblant les patients, les personnes en difficulté socio-économiques, les salariés et les jeunes ou les personnes handicapées, par le biais d'affichage associées à des consultations ou d'actions mixtes
- Les actions menées par les collectivités, les associations du secteur de la santé, l'Assurance Maladie ou les services déconcentrés de l'Etat, ciblant un public large non spécifique par le biais d'ateliers collectifs, de manifestations ou d'actions mixtes comprenant de l'affichage
- Les actions menées par les structures d'enseignement (Collèges, Lycées, Enseignement supérieur etc.) et les entreprises, ciblant les jeunes, les salariés et parfois plus spécifiquement les jeunes en difficulté, par le biais d'actions mixtes associant réunions et/ou affichage, consultations ou manifestations événementielles
- Les actions menées par les Etablissements de santé, ne ciblant pas un public spécifique pour la plupart, mais avec quelques actions ciblant précisément les femmes enceintes ou les populations précaires, par le biais de consultations et de réunions
- Les actions ciblant le grand public par le biais d'affichage, la tenue de stand et la distribution de documentation, n'était pas associée à un type de structure en particulier

Ces profils types aisément reproductibles pourraient servir à l'élaboration d'un guide à destination des partenaires du #MoisSansTabac, en regroupant les schémas par structure et décrivant un type d'action simple pouvant être menée. Un exemple réel d'action pourrait illustrer chaque profil, incluant le témoignage des partenaires qui en ont été à l'origine, et précisant les conditions de sa mise en place, les outils utilisés, le mode de financement, les pièges à éviter, les difficultés éventuelles, et le succès attendu.

Enfin, l'analyse des réponses ouvertes nous montre que les acteurs se sont réellement appropriés l'évènement, et ont acquis une maîtrise et un savoir-faire précieux dans la mise en place des actions. Forts de leurs expériences liées aux précédentes éditions, ils ont exprimé leur volonté de toujours améliorer la campagne pour les années à venir, et également de renforcer leur lutte contre le tabagisme tout au long de l'année en pérennisant certaines actions. Ceci montre que le #MoisSansTabac s'inscrit désormais dans la durée : il constitue un rendez-vous annuel

immanquable pour tous les partenaires investis dans la lutte contre le tabagisme, et devrait prendre toujours plus d'ampleur dans les années à venir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. Groupe Baromètre santé (2018) La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire, N° 14-15. :265-73.
2. Lermenier-Jeannet A. Consommations, ventes et prix du tabac : une perspective européenne. OFDT. 2018;
3. Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2016;13.
4. Andler R, Cogordan C, Richard J-B, Demiguel V, Regnalut N, Guignard R, et al. Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Santé publique France [Internet]. 2018 [cité 25 juin 2019]; Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1859.pdf>
5. Castles A, Adams EK, Melvin CL, Kelsch C, Boulton ML. Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. Am J Prev Med. avr 1999;16(3):208-15.
6. Herrmann M, King K, Weitzman M. Prenatal tobacco smoke and postnatal secondhand smoke exposure and child neurodevelopment. Curr Opin Pediatr. avr 2008;20(2):184-90.
7. Grossesse sans tabac - Dépliant 2018 [Internet]. [cité 24 juin 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=1525>
8. Haute Autorité de Santé - Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. 2009.
9. Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Fransson, E. I., Alfredsson, L., De Bacquer, D. Job strain and tobacco smoking: an individual-participant data meta-analysis of 166 130 adults in 15 European studies. PloS one, 2012.
10. Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review. The European Journal of Public Health. 2014;24(4):551–556.
11. Kopp P. Le coût social des drogues en France. OFDT. 2015;10.
12. Chevreul K, Cadier B, Durand-Zaleski I, Chan E, Thomas D. Cost effectiveness of full coverage of the medical management of smoking cessation in France. Tob Control. mai 2014;23(3):223-30.
13. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Rapport annuel 2017. Cancer 2014-2019 - Objectif 10. Ministères des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. :61 p.
14. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

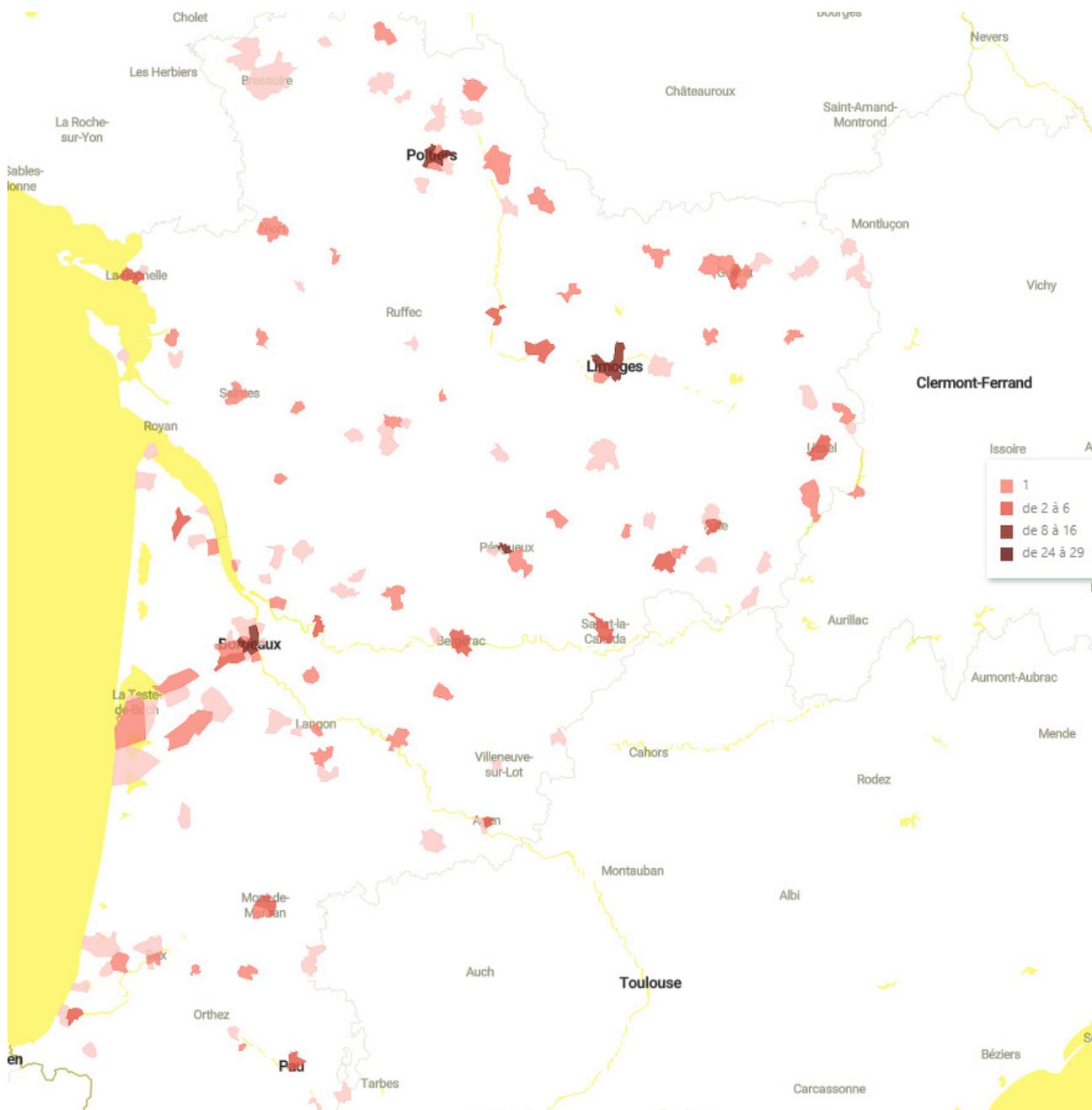
15. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Cancer 2014-2019 - Objectif 10. Ministères des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. :55 p.
16. Ministère des solidarités et de la santé. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. 2018 [cité 25 juin 2019]; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
17. Anguis M, Dubeaux D. Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac. Insee. 1997;4.
18. Ben Lakhdar C, Lermenier A, Vaillant NG. Estimation des achats transfrontaliers de cigarettes 2004-2007. Tendances (OFDT). 2011;1-4.
19. The W. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Tob Control. juin 1999;8(2):196-201.
20. Hill C, Legoupil C. Taxation et prix du tabac en France et conséquences sur la consommation. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2018;309-16.
21. McNeill A, Gravelly S, Hitchman SC. Can the use of standardised packaging for tobacco products reduce the use of tobacco? Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2017 [cité 25 juin 2019]; Disponible sur: /CD011244/TOBACCO_can-use-standardised-packaging-tobacco-products-reduce-use-tobacco
22. Gallopel-Morvan K. Le paquet de cigarettes neutre ou standardisé : quelle efficacité pour lutter contre le tabagisme ? Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Institut de veille sanitaire. 2013;
23. Obradovic I. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence. Tendances (OFDT). 2017;1-8.
24. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008. Issue 1. 2008;
25. West R, Stapleton J. Clinical and public health significance of treatments to aid smoking cessation. European respiratory review. 2008;17(110):199.
26. Merson F, Perriot J, Underner M, Peiffer G, Fieulaine N. Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale. Revue des Maladies Respiratoires. déc 2014;31(10):916-36.
27. Deschenau A, Le Faou A-L, Touzeau D. Précarité et sevrage tabagique : réflexions à partir des données de la consultation de tabacologie de l'hôpital européen Georges-Pompidou (AP-HP), Paris. Revue des Maladies Respiratoires. janv 2017;34(1):44-52.
28. Bourdillon F. Baisse du tabagisme en France : un million de fumeurs quotidiens de moins entre 2016 et 2017. Un succès pour la santé publique. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2018. (14-15):262-4.
29. Haute Autorité de santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014;
30. Brown J, Kotz D, Michie S, Stapleton J, Walmsley M, West R. How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign 'Stoptober'? Drug Alcohol Depend. 1 févr 2014;135(100):52-8.

31. Nonnemaker JM, Allen JA, Davis KC, Kamyab K, Duke JC, Farrelly MC. The Influence of Antismoking Television Advertisements on Cessation by Race/Ethnicity, Socioeconomic Status, and Mental Health Status. PLOS ONE. 17 juill 2014;9(7):e102943.
32. Gallopel-Morvan K, Guignard R, Smadja O, Mercier A, Safta E, Davies J. '#MoisSansTabac': The first collective challenge for smoking cessation launched by Santé publique France. Hastings G, Domegan C, editors. 2018;444-52.
33. CPAM. Cahier des charges spécifique au financement de projets dans le cadre de « #MoisSansTabac ». ameli.fr [Internet]. 2018 [cité 25 juin 2019]; Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/cpam22_moissanstabaccasiercharges_2018.pdf
34. Guignard R, Smadja O, Mercier A, Mansour C, Davies J, Pasquereau A. Evaluation protocol of the first #MoisSansTabac in France, a national and regional campaign against smoking. Seventh European Society for Prevention Research (EUSPR) conference. 2016;
35. Guignard R, Richard J-B, Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Smadja O, et al. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2018. :298-303.
36. Santé publique France. #MoisSansTabac 2ème édition. Pour arrêter de fumer ensemble et en équipe. Dossier de Presse. 2017;
37. Front - OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.oscarsante.org/>
38. Santé publique France - Mois sans tabac 2017 : l'adhésion est au rendez-vous [Internet]. [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Mois-sans-tabac-2017-l-adhesion-est-au-rendez-vous>
39. Santé publique France - 3ème édition #MoisSansTabac. Bien se préparer pour augmenter ses chances de succès. [Internet]. [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiques/3eme-edition-MoisSansTabac.-Bien-se-preparer-pour-augmenter-ses-chances-de-succes>
40. Prévention du tabagisme auprès de différentes populations cibles via le déploiement de l'opération #MoisSansTabac. Santé publique France. 2018;2.
41. Santé publique France - Record de participation pour la 3ème édition de #MoisSansTabac [Internet]. [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Record-de-participation-pour-la-3eme-edition-de-MoisSansTabac>
42. Caillierez C, Autes E. Bulletin de santé publique - Tabac - Nouvelle-Aquitaine. Santé publique France. janv 2019;
43. ARS Nouvelle-Aquitaine. MoisSansTabac en Nouvelle-Aquitaine. Dossier de presse 2018. 2018;32.
44. Cornec N. Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé. INPES. 2014;73.

45. Husson F, Lê S, Pagès J. Analyse de données avec R [Internet]. Presses Universitaires de Rennes; 2016 [cité 25 juin 2019]. (Pratique de la statistique). Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01292429>
46. Husson F, Josse J, Pagès J. Analyse de données avec R - Complémentarité des méthodes d'analyse factorielle et de classification. 42èmes Journées de Statistique, 2010, Marseille, France. : 7.
47. Loiseau M. Le #MoisSansTabac 2016 en Nouvelle-Aquitaine : Bilan et enquête d'opinion. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2017. N°130.
48. Bounat P. Evaluation de l'impact du Mois sans tabac au centre pénitentiaire de Bordeaux Gradignan. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2019. N° 89
49. Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. OFDT. 2019;9.
50. Denepoux-Tailliez J Comment favoriser la participation des médecins généralistes à la campagne #MoisSansTabac 2017 ? Enquête qualitative en focus group auprès de médecins généralistes de Bordeaux Métropole. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2017. N°89
51. Dimeglio E. Campagne #MoisSansTabac 2016, le marketing social auprès des médecins généralistes. Enquête qualitative par focus groups auprès de médecins généralistes du Lot-Et-Garonne. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2018. N°203.
52. Santé publique France. #MoisSansTabac - Guide à l'usage des partenaires. 2018.

ANNEXES

Annexe 1 : Répartition géographique des actions du #MoisSansTabac 2018 en Nouvelle-Aquitaine



Annexe 2 : Nombre d'actions du #MoisSansTabac 2018 pour 10 000 habitants en Nouvelle-Aquitaine par département



Annexe 3 : fiche action du #MoisSansTabac sur la plate-forme OSCARS

Soumettre une action

Définition d'une action

Une action est caractérisée par un lieu et un public (fumeurs et entourage). Si l'un ou l'autre diffèrent, on considère que les actions sont différentes.
Une action = Une fiche saisie dans OSCARS.
L'action doit avoir touché directement des fumeurs ou leur entourage, et non être en faveur des relais de l'opération, des professionnels de santé ou des partenaires. A titre d'exemple, une formation de professionnels de santé à la prescription de substituts nicotiniques ne sera pas renseignée dans OSCARS.

► [Consulter des exemples](#)

Vous allez maintenant saisir votre action.
Les champs suivis d'un * doivent être complétés afin de permettre l'évaluation du dispositif. Les autres sont facultatifs.
Après validation, votre fiche sera envoyée à votre ambassadeur #MoisSansTabac régional pour relecture. Après relecture, l'ambassadeur pourra être amené à vous contacter pour plus de précision et rendra votre fiche visible dans la base de données.

Attention
Vous ne pouvez pas revenir sur une fiche saisie. Pour modifier une fiche déjà enregistrée, contactez votre ambassadeur régional.

Vos coordonnées

Vos coordonnées n'apparaîtront pas en ligne. Elles nous permettront de vous contacter si nécessaire avant de mettre en ligne votre action

Nom* **Prénom**

Email* **Téléphone**

Commentaires à l'intention de l'ambassadeur ⓘ

Titre de l'action* ⓘ

Action reconduite ⓘ

Début de l'évènement* 22 juin 2018 **Fin de l'évènement*** 22 juin 2018

Nom du lieu de l'évènement
ex : Comité Régional d'Education pour la Santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sigle du lieu de l'évènement
ex : CRES PACA

Type de lieu

- Etablissement de santé
- Association du secteur de la santé
- Etablissement d'action sociale
- Maternelle et primaire
- Collège
- Lycée
- Autre organisme de formation professionnelle (inférieur au bac, CAP, BEP, etc.)
- Enseignement supérieur (post-bac, licence, master, DUT, BTS, etc.)
- Entreprise
- Association ou centre sportif, culturel ou de loisirs
- Commune ou intercommunalité
- Département
- Région
- Administration centrale
- Service déconcentré de l'Etat
- Etablissement pénitentiaire
- Assurance Maladie
- Mutuelles
- Autre

Type de lieu précision
Service de pneumologie de l'hôpital

Niveau géographique ⓘ Communal Départemental Régional

Commune ou code postal* ⓘ

Votre structure

Si vous avez mis en oeuvre des actions dans le cadre du dispositif #MoisSansTabac, votre structure est déjà enregistrée. Vous pouvez la sélectionner ici.

Sélectionnez votre structure :



Sinon vous pouvez l'enregistrer ici :

Déclarer votre structure

Public

- Salariés et agents
- Femmes enceintes, femmes allaitantes
- Parents
- Patients
- Personnes handicapées
- Habitants
- Etudiants, apprentis
- Personnes sous-main de justice
- Personnes immigrées
- Personnes prostituées
- Usagers de drogues
- Personnes sans domicile fixe
- Chômeurs
- Personnes en insertion professionnelle
- Personnes en difficulté socio-économique
- Tout public
- Homme
- Femme
- Préadolescents (10-12 ans)
- Adolescents (13-18 ans)
- Jeunes 19-25 ans
- Adultes 26-55 ans
- Personnes de plus de 55 ans
- Autre

Public précision ¹

Objectifs de l'action

- Susciter l'intérêt ou l'inscription à l'opération (stand d'information sur l'opération et ses outils, affichage, inviter les fumeurs à s'inscrire sur le site ou appli TIS...)
- Informer sur le tabagisme et le sevrage tabagique
- Accompagner l'arrêt (consultation d'arrêt du tabac, remise d'un starter de 7 jours de TSN, atelier collectif etc.)
- Créer de l'engagement collectif (défi sportif, manifestation culturelle, concert, animation d'équipe, etc.)
- Autre

Objectifs de l'action précision

Type d'action

- Affichage (papier ou virtuel), stand, distribution de documentation
- Réunion d'information, conférence
- Consultation individuelle ou collective pour le sevrage tabagique
- Atelier collectif (autre que consultation et réunion d'information)
- Manifestation événementielle
- Autre

Type d'action précision

Description de l'action ¹

* Mise en place d'un stand d'information grand public au Centre commercial Auchan - Modalités d'intervention : Lundi 12 novembre, 10h à 14h - Présence d'un tabacologue

Partenaire de l'action

Il est à mentionner ici les partenaires opérationnels. A mettre entre points virgules. Penser à bien définir les sigles. Ex : Mission locale de Gap ; Maison Départementale des Adolescents (MDA) ; Association Sens

Outils et supports utilisés

- CO testeur (test de monoxyde de carbone)
- Test de Fagerström
- Test de Horn
- Prescription de substituts nicotiniques
- Remise de substituts nicotiniques
- Outils Santé Publique France

Outils et supports utilisés précision

Action évaluée

Indicateurs d'évaluation de votre action

Indicateurs quantitatifs : Nombre de séances mises en place : 4 / Nombre de participants : 23 Indicateurs qualitatifs : Satisfaction des participants : les participants sont à 75% satisfaits du programme proposé. Evolution des compétences : suite aux séances, les participants sont en capacité de déterminer les risques lors de tel comportement.

Financier

- ARS
- Assurance Maladie
- Régime général
- Régime agricole
- Régime des indépendants
- Autres régimes spécifiques
- CAF
- Collectivités territoriales
- Communes et intercommunalités
- Conseils départementaux
- Conseil régional
- Etat
- MILDECA
- Fonds propres
- Politique de la ville
- Santé publique France
- Autre

Observation ⓘ

Après validation, votre fiche sera envoyée à votre ambassadeur #MoisSansTabac régional pour relecture. Après relecture, l'ambassadeur pourra être amené à vous contacter pour plus de précision et rendra votre fiche visible dans la base de données.

© CRES PACA - ARS PACA • NOUS CONTACTER • ACCÈS ADMINISTRATION • CRÉDITS



Soumettre cette action

Annexe 4 : détails méthodologiques de l'ACM

Trois étapes constituent la réalisation de l'ACM. Elles seront réalisées sur les logiciels EXCEL et XLSTATS.

La première étape aboutira à la création d'un tableau disjonctif complet. Il s'agit d'un tableau constitué d'une ligne pour chaque action ("individu statistique") et une colonne pour chaque modalité existante. Les cellules du tableau contiennent la valeur 1 si l'action présente la modalité en question, et la valeur 0 si ce n'est pas le cas. La somme de chaque ligne correspond donc au nombre de modalités exprimées par chaque action, soit 4.

La seconde étape consistera en la création d'un tableau de Burt. Il correspond à une matrice carrée symétrique comportant une ligne et une colonne pour chacune des modalités existantes. Chaque cellule indique le nombre d'actions possédant en même temps la modalité ligne et la modalité colonne. Ce tableau permet d'avoir déjà un aperçu des modalités fréquemment associées une à une.

A partir de ces tableaux, la troisième et dernière étape consistera en l'élaboration d'une représentation graphique sous forme d'un nuage de points répartis selon deux axes. Plusieurs axes factoriels étant possibles, seront choisis ceux qui cumulent l'inertie la plus importante, c'est à dire ceux expliquant le taux le plus important de variations observées dans notre échantillon. Les calculs de l'ACM vont aboutir à la création de coordonnées factorielles pour chaque modalité, ce qui permettra leur placement selon les deux axes retenus. Nous obtiendrons donc des variables quantitatives synthétisant les variables qualitatives d'origine. Sur le graphique, chaque action (individu statistique) et chaque modalité sera donc représenté par un point, l'ensemble formant un nuage réparti selon deux axes. Dans le cadre de cette étude, nous chercherons à analyser les liens entre les modalités, et non directement entre les actions (qui sont trop nombreuses et ont quasiment toutes un profil unique). Seules les modalités seront donc représentées sur notre graphique.

Les coordonnées des modalités et des individus sur les axes sont interdépendantes. Elles sont calculées comme suit :

Soit :

$G_s(K)$ la coordonnée de la modalité K sur la dimension s

I_k le nombre d'individu prenant la modalité K

$Y_{ik} = 1$ si l'individu i prend la modalité K , et $Y_{ik} = 0$ s'il ne la prend pas

$F_s(i)$ la coordonnée de l'individu i selon la dimension s

J le nombre de variables

- La coordonnée d'une modalité K sur un axe S est calculée selon la formule suivante :

$$G_s(k) = \sum_{i=1}^I \frac{y_{ik}}{I_k} F_s(i)$$

- et la coordonnée d'un individu I sur un axe S est calculée avec la formule suivante :

$$F_s(i) = \sum_{j=1}^J \frac{y_{ik}}{J} G_s(k)$$

Les coordonnées d'une modalité K sont donc égales à la somme des coordonnées des individus prenant la modalité K , divisée par le nombre d'individus qui prennent la modalité. Il s'agit donc de la moyenne des coordonnées des individus qui prennent la modalité K , c'est à dire le barycentre de ces individus. De même, les coordonnées d'un individu I sont au barycentre des modalités que prend cet individu.

Le graphique symétrique d'une ACM est donc également appelé représentation barycentrique. Il présente quelques propriétés remarquables :

- L'inertie d'un axe est égale à la moyenne des carrés des rapports de corrélation entre l'axe et les variables
- Le centre des axes est le barycentre pondéré des points associés aux modalités d'une même variable
- Chaque modalité se situe au barycentre des individus statistiques qui la possèdent
- Chaque individu statistique se situe au barycentre des modalités qu'il possède

Ces propriétés remarquables permettent l'interprétation du graphique selon quelques principes décrits dans la partie Matériel et Méthodes.

Annexe 5 : détails méthodologiques de la CAH

Il existe plusieurs méthodes pouvant être utilisées pour mener une CAH. Ici, la méthode utilisée sera la proximité par similarité via le coefficient de corrélation de Bravais-Pearson, et l'agrégation par lien proportionnel. Le poids de chaque modalité, c'est à dire le nombre de fois où elle est représentée, sera inclus dans l'analyse.

L'analyse que nous allons effectuer utilisera comme données les coordonnées factorielles de chacune des modalités étudiées selon les axes factoriels calculés par l'ACM, au nombre de 42.

Le coefficient de Bravais-Pearson est un indice statistique exprimant l'intensité et le sens (positif ou négatif) de la relation linéaire entre deux variables quantitatives (dans notre cas, les coordonnées de nos modalités obtenues via l'ACM). La valeur de cet indice nous permet donc de prédire une variable en connaissant la valeur d'une autre qui lui est liée. Le coefficient de Bravais-Pearson varie entre -1 et +1. Plus il est éloigné de 0, plus la relation linéaire entre les deux variables est forte. A l'inverse, un coefficient égal à 0 montre une absence de relation linéaire entre les deux variables. Il se calcule à partir de la covariance et des écarts-types grâce à la formule suivante :

Soit :

r_{xy} le coefficient de Bravais-Pearson liant les variables **X** et **Y**

Cov(xy) la covariance entre les variables **X** et **Y**

S_x l'écart-type de la variable **X**

$$r_{xy} = \frac{\text{Cov}(x, y)}{S_x \times S_y}$$

Ce coefficient liant deux modalités exprime donc leur proximité calculée selon l'ensemble des axes obtenus par l'ACM. La méthode va calculer le coefficient de corrélation de Bravais-Pearson liant toutes les modalités une à une (95 x 95). Ces coefficients seront présentés dans des matrices de proximité. Par la suite, les modalités vont être regroupées selon la valeur du coefficient de Pearson qui les lie (c'est à dire par proximité selon leur positionnement par rapport aux 42 axes factoriels de l'ACM).

Toutes les modalités seront associées les unes aux autres de façon progressive. Celles partageant un coefficient de Pearson très éloigné de 0 seront associées précocement : elles partagent un lien statistique fort. A l'inverse, celles partageant un coefficient de Pearson proche de 0 seront associées le plus tardivement possible.

La représentation graphique de ces associations progressives des modalités sera un dendrogramme, représentant à sa base l'ensemble des modalités sous forme de fils, qui s'associeront petit à petit les unes aux autres pour former des nœuds. Plus un nœud sera proche de la base, plus les modalités qui le composent seront proches d'un point de vue statistique. Au sommet du dendrogramme, toutes les modalités seront regroupées en un nœud unique.

En coupant le dendrogramme horizontalement, on aboutira à des classes constituées de toutes les modalités en amont, c'est-à-dire déjà associées entre elles. Chacune des modalités étudiées sera incluse dans une des classes, sans exception, et une modalité ne pourra bien entendu pas appartenir à plusieurs classes. Pour cette étude, nous effectueront une troncature telle qu'elle aboutira à l'établissement de 5 classes.

RESUME

Introduction : le tabagisme, première cause de mortalité évitable en France, connaît actuellement une baisse historique en partie due aux politiques de Santé publique actuelles. Parmi ces mesures, le #MoisSansTabac, campagne nationale de lutte contre le tabagisme, est développé depuis 2016. L'objectif principal de cette étude est d'analyser les actions menées par les partenaires en Nouvelle-Aquitaine lors de l'édition 2018.

Matériel et méthodes : les données ont été recueillies sur la plate-forme OSCARS via une enquête déclarative standardisée. Une analyse quantitative a été menée, suivie d'une analyse qualitative sous forme d'une analyse des correspondances multiples et d'une classification ascendante hiérarchique.

Résultats : 546 actions ont été recensées. Les structures les plus impliquées ont été les établissements de santé (139 actions) et les établissements d'enseignement (109 actions). Les jeunes ont constitué la cible spécifique la plus fréquente (143 actions). Les femmes enceintes n'ont bénéficié que de 11 actions. Les professionnels de santé libéraux ont réalisé très peu d'actions. Des disparités départementales fortes ont été retrouvées. Les actions ont été très diverses dans leur forme, mais il existe des profils types d'action dont elles se rapprochent toutes, au nombre de 5.

Conclusions : les actions menées lors du #MoisSansTabac 2018 ont été extrêmement riches et variées, mais peuvent être rapprochées de 5 modèles identifiés, qui pourraient servir à l'élaboration de recommandations pratiques. Certains départements présentent des lacunes importantes à corriger. Les actions destinées aux femmes enceintes devraient être amplifiées. Les professionnels de santé libéraux devraient être davantage mobilisés.

Mots-clés : Usage de tabac ; Arrêt de la consommation de tabac ; Prévention du fait de fumer ; Promotion de la santé ; Prévention primaire ; Prévention secondaire ; Recherche qualitative

Disciplines : Tabacologie, Addictologie, Santé publique, Médecine générale,

Adresse de l'U.F.R. : UFR des Sciences Médicales, Université de Bordeaux. 146 rue Léo Saignat. 33076 BORDEAUX

« #MoisSansTabac » 2018 in Nouvelle-Aquitaine, France : analysis of the interventions carried out during the french national campaign against smoking

ABSTRACT

Background : smoking, the first avoidable cause of death in France, presently knows an historical drop, partly due to current public health policies. Among them, the national campaign against smoking « #MoisSansTabac », has been developed since 2016. The main objective of this study is to analyse interventions carried out by partners during the 2018 campaign.

Methods : data have been collected on the OSCARS website through standardized declarative investigations. A quantitative analysis has been conducted, followed up by a qualitative analysis including a multiple correspondence analysis and an ascending hierarchical clustering.

Results : 546 interventions have been conducted. The most involved structures have been health facilities (139 interventions) and educational institutions (109 interventions). Young people have been the most recurring specific target (143 interventions). Pregnant women only benefited 11 interventions. Private health professionals have made very few interventions. Major disparities have been found between the different territories. Interventions have taken a wide range of forms, but they all can be classified in 5 typical profiles.

Conclusions : interventions carried out during #MoisSansTabac 2018 have been extremely rich and diverse, but can all be assimilated to 5 identified templates that could be used to write practical recommendations. Some territories present major defects that should be corrected. Interventions focused on pregnant women should be enhanced. Private health professionals should be more involved.

Keywords : Tobacco Use; Smoking Cessation; Smoking Prevention; Health Promotion; Primary Prevention; Secondary Prevention; Qualitative Research

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 leurs 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. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.