

Arrêt du tabac : une personnalisation nécessaire des programmes de sevrage

Karine Gallopel-Morvan, François Alla, Alice Bonnay-Hamon, Philippine Brousse, Audrey Gonneau, Philippe Castera

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2021/4 Vol. 33 , PAGES 505 À 515
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.214.0505

Date de mise en ligne : 18/02/2022

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-505?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-505?lang=fr).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Introduction

La consommation de tabac en France tend à diminuer depuis 2016, hormis en 2020, année particulière avec la COVID-19 où une augmentation (non significative) est observée. La prévalence du tabagisme quotidien, tous sexes confondus, est ainsi passée de 29,4 % en 2016 à 25,5 % en 2020 pour les 18-75 ans [1]. Toutefois, avec 75 000 morts estimés par an en 2015 [2], le tabac reste le premier facteur de morbi-mortalité évitable en France qui constitue l'un des plus forts pays consommateurs en Europe [3]. Les différentes mesures mises en place dans le cadre des plans nationaux (Programme national de réduction du tabagisme [PNRT] 2014-2019 [4], Programme national de lutte contre le tabac [PNLT] 2018-2022 [5]) expliquent vraisemblablement cette baisse de la prévalence (hausse des prix, paquet neutre, remboursement des substituts nicotiques dans le droit commun, prescriptions élargies aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, médecins du travail, et prescriptions possibles à l'entourage de la femme enceinte pour les sages-femmes, etc.). Par ailleurs et pour accompagner ces programmes, la campagne #MoisSansTabac déployée aux niveaux national et régional a été lancée depuis 2016 par Santé publique France, le ministère de la Santé et l'assurance maladie. Cette première campagne de marketing social d'envergure s'est inspirée de l'opération britannique Stoptober qui avait permis, dès sa première édition, en 2012, d'accroître de plus de 50 % le nombre de tentatives d'arrêt en Grande-Bretagne [6, 7]. #MoisSansTabac repose entre autres sur une campagne de communication, le soutien positif et local des fumeurs qui souhaitent arrêter, puis la mise à disposition d'aides à l'arrêt du tabac gratuites ou quasi gratuites [8].

Le premier objectif de la recherche ici présentée est de contribuer au développement d'un programme d'aide à l'arrêt du tabagisme qui pourrait être proposé, aux fumeurs de la Région Nouvelle-Aquitaine, en complément des programmes nationaux, afin de répondre au mieux à leurs attentes et à leurs besoins. Le choix de cette région s'explique par le fait qu'elle affiche une prévalence relativement élevée en comparaison avec d'autres territoires. Ainsi, en 2017, 28,1 % des Néo-Aquitains âgés de 18 à 75 ans déclaraient fumer quotidiennement, contre 21,3 % et 23 % pour l'Île-de-France et les Pays de la Loire respectivement [2]. Il est donc important de réfléchir à des dispositifs territoriaux qui pourraient réduire le pourcentage de fumeurs dans cette région. Le second objectif de cette recherche est d'optimiser le programme « Lieux d'accompagnement à la santé sans

tabac » (LAST) financé en décembre 2018 par l'agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine et porté par la coordination régionale Addictions Nouvelle-Aquitaine (Coreadd NA)¹. Ce programme propose un réseau de lieux de santé de proximité : médecins traitants, pharmaciens, etc. identifiés par le logo LAST, des affiches et le slogan « Accompagné.e, j'ai 10 fois plus de chance d'arrêter ! », créés pour la circonstance. Les fumeurs sont accueillis dans ces lieux qu'ils connaissent bien, pour se faire accompagner simplement et rapidement dans leur démarche d'aide à l'arrêt du tabac².

Selon les profils de fumeurs, il pourra être proposé dans ces LAST différentes aides qui augmentent les chances d'abandonner le tabac : autosupports (Tabac Info Service avec son application et son site internet, le 3989) ou consultations en ligne déployées par Santé publique France [9] ; pharmacothérapies ciblées sur le traitement du *craving* (traitements nicotiques de substitution [TNS], varénicline ou bupropion) ; traitements non médicamenteux (thérapies cognitives et comportementales, entretiens motivationnels, hypnose, acupuncture) ou encore cigarette électronique.

LAST a été conçu en s'appuyant sur la littérature qui a montré que l'utilisation d'aides au sevrage augmente les chances de réussite [10, 11]. En particulier, l'accompagnement par un professionnel de santé, associé ou non à une prescription médicamenteuse, augmente les chances d'arrêter de fumer [10]. C'est la raison pour laquelle 1/ la campagne #MoisSansTabac incite fortement les consommateurs à utiliser les aides disponibles pour arrêter de fumer et 2/ la Haute Autorité de santé (HAS) recommande selon un grade A (preuve scientifique établie) que les professionnels de santé puissent conseiller aux fumeurs d'arrêter le tabac sous toutes ses formes, réalisent le repérage précoce et intervention brève (RPIB) et les incitent à se faire accompagner [10]. Renforcer le rôle en prévention des professionnels de santé sur la thématique du sevrage tabagique est également un des axes d'intervention du programme d'actions « Tabac » de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam).

¹ Coreadd NA est une association chargée de favoriser la pratique addictologique en soins primaires et de l'articuler avec les soins secondaires en Nouvelle-Aquitaine, en partenariat avec le Service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention (SSMIP) du CHU de Bordeaux. Le Programme « LAST Tabac » a été financé dans le cadre des appels à projets « Fonds tabac 2018-2020 » et « fonds addictions 2020-2022 ».

² www.last-na.fr

L'enjeu de LAST et des programmes qui recommandent le recours aux aides et aux professionnels de santé est que les fumeurs s'emparent des dispositifs mis à leur disposition, mais le Baromètre santé 2017 indique que des efforts restent à faire pour atteindre cet objectif. En effet, au niveau national, environ la moitié des individus ayant fait une tentative d'arrêt ont utilisé une aide extérieure (47,7 %), les principales étant la cigarette électronique (26,9 %) et les substituts nicotiques (18,3 %). Seuls 10,4 % d'entre eux ont sollicité un médecin ou un autre professionnel de santé, et 9,1 % ont consulté le site Tabac Info Service [12]. Pourquoi une telle sous-utilisation des aides disponibles, dont le recours aux professionnels de santé ?

La littérature internationale (essentiellement anglo-saxonne) fournit des éléments de réponse à cette question. Des entretiens de groupe auprès de fumeurs défavorisés britanniques qui ont échoué dans leur tentative d'arrêt et qui n'ont pas mobilisé les aides disponibles ont été menés. Les résultats montrent que les principaux freins à l'utilisation de ces services sont la peur d'être jugés, la peur d'échouer, le manque de connaissance des aides existantes, la perception que les TNS coûtent cher et sont inefficaces. Les participants ont exprimé une préférence pour des approches personnalisées sans jugement combinant conseils puis accès facile vers des thérapies pharmacologiques les plus efficaces et gratuites [13]. Une autre étude fondée sur des entretiens individuels auprès de fumeurs a analysé particulièrement leurs perceptions par rapport à l'aide pharmacologique. Des perceptions négatives émergent par rapport à ces méthodes en lien avec les effets secondaires. De plus, les répondants précisent que les aides à l'arrêt doivent être adaptées à leur profil, à leur niveau de dépendance et à leur personnalité [14].

En France, il n'existe pas, à notre connaissance, d'études réalisées auprès de fumeurs pour cerner leurs attitudes, freins et motivations à utiliser ou non les aides disponibles et à faire appel aux professionnels de santé. Il est important de réaliser de telles recherches, car la France diffère des pays anglo-saxons en termes de prévalence, de disponibilité des services d'aide à l'arrêt, de culture, d'image du tabagisme (généralement mieux accepté en France en comparaison avec l'Australie ou la Grande-Bretagne par exemple) [15, 16].

C'est l'objectif de cette étude qui vise à identifier les freins, motivations et barrières des fumeurs à mobiliser les aides à l'arrêt disponibles et leur perception de l'intérêt d'être accompagnés par des professionnels de santé. Il sera également demandé à ce public de coconstruire un programme d'aide à l'arrêt multidimensionnel et « idéal » selon eux pour les accompagner vers l'abandon du tabac.

Matériels et méthodes

La recherche présentée a été réalisée en collaboration avec des médecins et acteurs du terrain, ainsi que des chercheurs en sciences sociales et en marketing social. Les mesures réglementaires ont été respectées avec une déclaration de conformité à la méthodologie de référence auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil, n° 2214411v0).

Une méthodologie qualitative fondée sur des entretiens individuels semi-dirigés a été mise en place. Cette approche consiste à étudier les attentes, les motivations, les représentations, les images et autres jugements de valeur d'individus. Elle permet par ailleurs d'explorer et d'identifier les grandes dimensions d'un problème, de formuler des hypothèses ou encore de comprendre l'origine des comportements (motivations et freins). L'objectif des études qualitatives n'est pas l'obtention de réponses représentatives, mais une profondeur dans les réponses. Dans ces conditions, il n'est pas possible de généraliser à d'autres personnes les résultats observés dans les interviews. Dans une démarche quantitative (sondage), l'utilisation d'un questionnaire présuppose que tous les répondants réfléchissent de la même manière et abordent dans les mêmes termes une question donnée. Au contraire, l'approche qualitative permet de s'adapter de manière optimale à chaque enquêté grâce à l'utilisation d'un guide à base de questions très ouvertes et non directives. Enfin, la méthodologie qualitative est particulièrement appropriée pour étudier des phénomènes sociaux, les sujets et identifier leurs besoins [17]. La grille Coreq a été suivie pour s'assurer du respect des standards de qualité de ce type d'études [18].

Concernant les critères d'inclusion, des fumeurs et fumeuses quotidiens (au moins une cigarette par jour), motivé.e.s à arrêter de fumer, âgé.e.s de 25 à 55 ans et en capacité physique et psychique de réaliser un entretien, puis volontaires (chaque participant a signé un formulaire de consentement éclairé en amont de l'étude) ont été interrogés. La motivation est un facteur-clé, car sans elle les fumeurs ne se dirigent pas vers des aides à l'arrêt ni vers des professionnels de santé. Concernant la tranche d'âges, elle représente celle où la prévalence du tabac est la plus importante en France. Différents profils de fumeurs motivés à arrêter de fumer ont été recrutés selon le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente [19] : des contemplateurs (souhait d'arrêt dans les six mois) et des individus en préparation (souhait d'arrêt dans les trente jours). Les critères de non-inclusion étaient les personnes

travaillant dans le milieu médical et dans le milieu du tabac, les personnes présentant des troubles cognitifs et/ou des difficultés de compréhension empêchant la réalisation de l'entretien et les personnes ne maîtrisant pas le français.

Le recrutement des fumeurs a été réalisé à l'aide d'un questionnaire intégrant des critères sociodémographiques et l'échelle de la motivation de Prochaska et Di Clemente [19]. Il s'est déroulé sur le territoire de la Nouvelle-Aquitaine, en milieu semi-rural (Langoiran) et plus urbain (Bègles, Bordeaux, Périgueux), dans différents lieux : cabinet médical pluridisciplinaire, entourage des auteurs, centre d'examen de santé (pour toucher une population plus défavorisée). Les fumeurs recrutés dans des lieux médicaux n'y étaient pas pour des raisons liées à l'arrêt du tabac.

Après leur avoir présenté l'objet de l'étude (cerner leur avis sur le tabac, l'arrêt du tabac, etc.), il était demandé aux fumeurs de répondre à différentes questions recensées dans un guide d'entretien qui comportait quatre parties (annexe 1). La première avait pour but de collecter des informations sur le tabagisme des répondants. La seconde explorait leurs ressentis par rapport à l'arrêt du tabac. La troisième partie avait pour but d'identifier leurs connaissances et perceptions sur les différentes aides existantes pour le sevrage tabagique ainsi que le recours aux professionnels de santé. La quatrième visait l'élaboration d'un programme d'aide à l'arrêt « idéal » selon les personnes interrogées. Pour ce faire, 22 images/photos leur étaient proposées (annexe 1). Ils devaient en choisir 3 ou 4 pour élaborer leur programme personnalisé et expliquer les raisons de ce choix.

À l'issue des interviews, qui duraient en moyenne cinquante minutes, les personnes remplissaient un formulaire attestant qu'elles avaient bien participé à l'entretien et qu'elles autorisaient l'analyse de leurs propos de manière anonyme. Un bon d'achat de 20 euros leur était finalement remis pour les remercier d'avoir participé à l'étude.

Les entretiens ont été intégralement enregistrés et retranscrits manuellement dans un logiciel de traitement de texte avant d'être anonymisés. Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo™ 12 (Mac OS) en mobilisant une analyse de contenu thématique. Cette dernière consiste en une lecture initiale des entretiens afin d'identifier les réponses (sous thèmes) liées aux questions posées dans le guide d'entretien (thèmes). À partir de cette analyse globale, une grille de dépouillement est construite pour chaque interview (sous NVivo™) puis elle est précisée et enrichie par rapport à l'ensemble des entretiens. Grâce à cette grille d'analyse, il est alors possible de comptabiliser le nombre de fois où une même catégorie de réponse a été

évoquée (fréquence d'apparition ou occurrence) et le nombre de répondants ayant cité cette réponse. L'ensemble des réactions est ensuite interprété pour trouver une explication aux idées et opinions exprimées par les interviewés.

Dans le cas de notre étude, un double codage des entretiens a été réalisé afin de limiter la dimension subjective qui pourrait être le fruit d'une interprétation personnelle des deux codeurs. Au total, 165 nœuds (unités de sens regroupant des mots et des groupes de mots) ont été créés grâce au logiciel d'analyse, permettant ainsi l'élaboration de catégories et de sous-catégories³.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques et tabagiques des participants

Au total, 19 entretiens ont été réalisés au printemps 2019. La saturation des données a été atteinte au quinzième entretien. Ont été recrutés 9 fumeuses et 10 fumeurs avec une moyenne d'âge de 35,6 ans (tableau I).

Les principales motivations à l'arrêt du tabac sont les problèmes de santé personnels ou familiaux engendrés par la cigarette tels que des cancers ou maladies pulmonaires. L'entourage non-fumeur est un élément supplémentaire motivant l'arrêt, ou à l'inverse de « tentation ».

Les fumeurs interrogés ont réalisé, pour la plupart, plusieurs tentatives d'arrêt. La « volonté » et le « déclic » semblent être des éléments nécessaires à la prise de décision. Les périodes d'arrêt sont perçues positivement pour la plupart des fumeurs, car elles leur redonnent de la liberté et les rendent fiers d'eux-mêmes. L'arrêt leur permet de changer leur quotidien pour une vie plus saine et faire des économies.

Perception de l'arrêt du tabac et des différentes aides existantes

Concernant l'arrêt du tabac et les aides existantes, l'ambivalence des fumeurs sur ce point est grande. Pour arrêter de fumer, il faut, selon eux, être prêt et avoir de la volonté.

³ L'ensemble des entretiens anonymisés ainsi que les résultats de l'analyse de contenu thématique sont disponibles sur demande auprès des auteurs de l'article.

Tableau I : Profil des 19 fumeurs interrogés

Entretien	Sexe	Âge	Niveau d'étude	Activités	Date entretien	Durée entretien	Lieu entretien	Statut fumeur	Nombre cigarettes/jour
E10A	Femme	28	BAC + 4	Surveillante dans un lycée	29/05/2019	47' 07"	Urbain	Préparation	15
E1A	Homme	37	CAP	Ouvrier sur les chantiers	03/05/2019	53' 36"	Rural	Préparation	20
E1B	Femme	48	CAP	ADSEM Langoiran	06/05/2019	1 h 04'	Rural	Préparation	5
E2A	Homme	42	CAP	Éboueur	03/05/2019	56' 32"	Rural	Préparation	15
E2B	Homme	55	CAP	SNCF	06/05/2019	42' 39"	Rural	Préparation	20
E3A	Femme	44	BAC + 3	Professeur des écoles	09/05/2019	36' 44"	Urbain	Préparation	15
E3B	Homme	33	CAP	Ouvrier conducteur d'engins	13/05/2019	53' 23"	Rural	Préparation	20
E4A	Femme	33	BAC + 3	Directrice de camping	13/05/2019	28' 54"	Urbain	Préparation	20
E4B	Homme	38	BEP	Conducteur de poids lourds	14/05/2019	47' 52"	Urbain	Contemplation	15
E5A	Homme	28	BAC + 5	Ingénieur	13/05/2019	50' 14"	Urbain	Contemplation	5
E5B	Homme	26	BAC + 5	Acheteur	18/05/2019	50' 57"	Urbain	Préparation	8
E6A	Homme	25	BAC + 3	En formation licence LEA	14/05/2019	43' 15"	Urbain	Contemplation	15
E6B	Homme	25	BAC + 5	Ingénieur en biotechnologie	20/05/2019	57' 38"	Urbain	Préparation	5
E7A	Femme	29	BAC + 5	Avocate	20/05/2019	31' 55"	Urbain	Préparation	8
E7B	Homme	30	BAC + 2	Photographe/vidéaste et web-développeur	21/05/2019	55' 19"	Urbain	Préparation	10
E8A	Femme	34	BAC + 5	Animatrice cirque et théâtre	27/05/2019	1 h 06'	Rural	Préparation	8
E8B	Femme	27	BAC + 5	Marketing/Communication	26/05/2019	53' 46"	Urbain	Préparation	2
E9A	Femme	52	BAC + 2	Propriétaire viticole	29/05/2019	47' 11"	Urbain	Contemplation	20
E9B	Femme	44	CAP	Sans emploi	27/05/2019	50' 04"	Urbain	Préparation	20

Note : Les entretiens A ont été réalisés par Alice Bonnay Hamon et les entretiens B, par Philippine Brousse.

Le tabac est perçu comme une addiction, une drogue, mais aussi comme un plaisir, un rituel. Certains craignent d'être impuissants, de ne pas arriver à faire face à l'exigence de cette dépendance, alors que d'autres se sentent plus forts que le tabac.

Les difficultés anticipées de l'arrêt sont dominées par la peur (de la prise de poids notamment) et la sensation du manque due à l'absence de la cigarette :

« Tout le monde, quand il arrête de fumer, prend du poids, ça grignote, ça compense et il va falloir que je me fasse aiguiller, mais c'est vrai que c'est une vraie crainte ça. » (E4B)

« Bah c'est le fait de, c'est le manque en fait... que je ne sais pas si je résisterai à l'appel du tabac si j'essaie d'arrêter. » (E6A)

Les difficultés évoquées pendant le sevrage sont également relatives aux nombreuses tentations de l'environnement (l'entourage, la consommation d'alcool et le café) qui poussent à reprendre le tabac :

« Ça a été des tentations minimes qui sont devenues, au final, une reprise. » (E10A)

Les aides à l'arrêt qui ont été les plus utilisées par les fumeurs interrogés sont les TNS et la e-cigarette. Dix personnes sur 19 ont déjà testé les TNS. Pour certaines, c'est une méthode efficace et accessible, même si des obstacles persistent à leur utilisation : peur de développer une dépendance à ces produits, sentiment de leur faible efficacité, goût désagréable des gommages.

Dix personnes sur 19 ont testé la e-cigarette, perçue comme efficace et facile d'accès. Elle est surtout utilisée pour diminuer la consommation de tabac, mais rarement pour arrêter définitivement. Du fait de la gestuelle et de la consommation concomitante de cigarettes, certains ont l'impression d'avoir augmenté leur consommation de nicotine. Les obstacles rapportés à ce produit sont la méfiance vis-à-vis de ses composants, son coût et parfois son mauvais goût :

« Mais c'est assez récent donc on ne sait pas trop ce que ça cache, si ça cache des choses au niveau de la dangerosité. » (E5B)

Il apparaît dans notre étude que les groupes d'entraide à l'arrêt du tabac sont connus par cinq fumeurs. Ils sont jugés stimulants par certains. La non-connaissance, la méfiance et le fait de discuter avec des personnes inconnues peuvent en revanche freiner des répondants à s'inscrire à ces groupes.

L'application Tabac Info Services (TIS) a été utilisée par 4 personnes sur 19. Elle est jugée utile et facile d'accès :

« Bah c'est une bonne solution parce que justement ça permet d'avoir un suivi, au moins on sait où on en est de sa propre consommation et comment on a évolué dans son arrêt quoi. » (E7A).

Toutefois, la grande diversité de choix d'applications pour aider à l'arrêt du tabac ainsi que le rappel constant de la cigarette quand on les télécharge, en font les principaux obstacles selon les répondants.

Trois personnes ont déjà cherché des aides sur des sites internet dédiés, mais la méfiance et le manque d'envie sont les principaux freins à leur utilisation :

« C'est pas que je suis réticent des sites internet, mais on sait jamais, si c'est un vrai, si c'est pas un vrai... » (E2A)

Trois personnes ont testé l'hypnose ou l'acupuncture. Ces méthodes, qui peuvent paraître efficaces pour certains, suscitent des réactions négatives pour d'autres telles que le coût des séances, des doutes quant à leur efficacité et des contraintes temporelles et géographiques vis-à-vis des professionnels qui les pratiquent :

« Oui, mon meilleur ami, ça n'a pas du tout marché, il est allé chez un charlatan et il s'est handicapé d'un bras pendant la séance. Donc très mauvaise expérience, l'acupuncture pour lui, mais il n'est pas allé chez le bon je pense. Donc du coup c'est à essayer, mais avec un vrai professionnel. » (E4B)

Un seul répondant a utilisé d'autres traitements médicamenteux pour l'arrêt du tabac (varénicline ou bupropion)

et seulement quatre personnes les connaissent. Les principaux obstacles à leur utilisation sont la non-connaissance et la méfiance :

« Ah si j'en ai peut-être déjà entendu parler, c'est pas un médicament où il faut être vachement suivi, qui peut amener au suicide où je sais pas quoi ? » (E1B)

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont connues par quatre fumeurs qui n'ont jamais utilisé cette méthode, car ils manquent d'informations sur son sujet.

D'autres aides ont été citées par plusieurs fumeurs telles que le livre d'Allen Carr [20] pour arrêter de fumer et l'auriculothérapie.

L'accompagnement par un professionnel de santé

Sur les 19 répondants, 17 savaient qu'ils pouvaient être accompagnés par un professionnel de santé pour arrêter de fumer et 12 en ont déjà discuté avec des praticiens (médecins généralistes, infirmières de l'association Asalée⁴, tabacologues, cardiologues, gynécologues). Au total, huit ont été suivis par un professionnel de santé lors de leurs arrêts du tabac, perçu comme un guide, un soutien, mais qui n'est finalement pas sollicité de manière systématique.

En termes de bénéfices perçus, l'accompagnement par un professionnel de santé est jugé intéressant pour éviter les rechutes et est considéré comme la meilleure des aides pour certaines personnes :

« Les effets positifs du coup... c'est que tu n'es pas seul dans ta lutte contre... enfin pour arrêter le tabac. » (E6A)

Leur perception diffère toutefois selon le professionnel de santé. Les fumeurs se disent à l'aise avec leur médecin généraliste puisqu'il les connaît et les suit depuis longtemps. Le pharmacien peut être également une ressource selon certains :

« Mon médecin traitant ouais, je pense que c'est la première personne à contacter. Après, il nous oriente au besoin. » (E5B)

L'accès aux médecins spécialistes et notamment aux addictologues et tabacologues est un frein du fait des capacités de transport des fumeurs, des délais de rendez-vous

⁴ Le dispositif Asalée, créé en 2004, concerne plus de 500 infirmières dont un peu moins de la moitié ont une activité de soins libérale. Elles collaborent dans des cabinets médicaux et maisons de santé avec des missions d'éducation thérapeutique parmi lesquelles figurent l'accompagnement à l'arrêt du tabac.

éloignés et des emplois du temps chargés. Le recours à ces spécialistes pose alors un problème quand la motivation à arrêter est fragile.

D'autres freins à l'accompagnement ont été identifiés. Ainsi, certains fumeurs interrogés ne sont pas satisfaits des échanges qu'ils ont eus avec des professionnels de santé de manière générale : défaut d'accompagnement et manque d'informations sur les méfaits du tabac, discours tenu par des spécialistes moralisateurs et culpabilisant (cardiologues, pneumologues...). Ceci est en particulier mal vécu lorsque le fumeur n'est pas dans une démarche d'arrêt. Les autres obstacles sont le manque de temps, l'absence d'envie, et le fait de ne pas se sentir suffisamment dépendant :

« Je savais que ça existait, mais pour moi, à partir du moment où tu vas voir un médecin spécialisé [addictologue], c'est vraiment, vraiment une addiction très forte quoi. Je me considère pas dans cette partie de la population. » (E8B)

La question du tabac est abordée en consultation puisque 12 fumeurs ont été questionnés par leur médecin à ce propos. Mais cette interrogation s'arrête souvent à la question « Fumez-vous ? », ce qui laisse penser à certains répondants que les professionnels de santé ont l'obligation de parler du tabac en consultation.

Enfin, une contradiction émerge dans les propos des fumeurs interrogés. Alors que dans l'idéal, ils sont d'accord pour dire qu'il faut être accompagné pour arrêter, ils rapportent ne pas avoir l'envie ni le temps de le faire pour eux-mêmes, notamment les plus jeunes.

Perception du remboursement des traitements et des nouveaux prescripteurs

Au total, 15 personnes sur 19 n'étaient pas au courant de ces nouvelles mesures :

« Alors je savais pas que c'était 100 % et que sage-femme, kiné, dentiste, pouvaient prescrire. » (E10A)

Certains pensaient que seul le médecin généraliste pouvait prescrire des TNS. L'idée d'être accompagnés par d'autres professionnels de santé est bien accueillie, cela pourrait faciliter l'arrêt du tabac, même si certains se questionnent sur leur aptitude à aider les fumeurs :

« Ah oui, tout à fait, déjà l'idée qu'un kiné puisse le faire, c'est une bonne chose parce que ça veut dire... imaginons, j'ai pas le temps d'aller voir mon médecin traitant, je vois mon kiné, je lui dis "Bah, voilà faut que j'arrête de fumer, est-ce que je peux avoir de l'aide ?", c'est plutôt cool même une sage-femme. » (E7A)

« Bah... Ils ont sans doute des bonnes notions, après, est-ce qu'ils sont formés, je ne sais pas... » (E5B)

La majorité des fumeurs interrogés n'étaient pas au courant du remboursement des TNS. Ceux qui étaient informés en ont bénéficié peu de temps avant l'interview (4 sur 19 personnes). Puisque les coûts des TNS constituaient un frein, leur remboursement motivera certainement plus de fumeurs à les utiliser :

« Ouais, pour la même raison, en fait si on me le conseille et qu'en plus, c'est gratuit... c'est une bonne raison. » (E5A)

Coconstruction avec les fumeurs de leur programme « idéal d'aide à l'arrêt

Le temps d'échange consacré à la coconstruction d'un programme multidimensionnel idéal à partir des photos proposées a été particulièrement apprécié. De manière générale, une majorité de fumeurs a découvert des aides auxquelles ils n'auraient pas pensé, et qui leur sont apparues intuitivement efficaces.

Les six aides les plus souvent choisies par les participants sont présentées dans le tableau II. Le résultat principal est qu'un programme d'arrêt du tabac « idéal » est personnalisé et associe plusieurs aides. L'accompagnement par un professionnel de santé est quasiment toujours choisi. Autour de cette base, les aides/astuces les plus évoquées sont l'activité physique dans le cadre d'un changement de vie, les TNS, les économies réalisées, les conseils nutritionnels, mais aussi l'aide de l'entourage.

Discussion

À l'instar de #MoisSansTabac, LAST souhaite mobiliser les outils du marketing social pour mieux toucher les publics visés (les fumeurs de la Région Nouvelle-Aquitaine) dans le cadre de ce dispositif régional. Cet article présentait deux étapes importantes du déploiement de la démarche de marketing social : la meilleure compréhension des publics auxquels on s'adresse, puis une réflexion sur l'offre à proposer pour aider les fumeurs à arrêter le tabac.

Concernant l'aide au sevrage tabagique, les principaux freins et motivations perçus sont respectivement la prise de poids, le risque de manque, les tentations diverses de l'environnement/la santé et l'entourage non-fumeur.

Si les aides disponibles pour arrêter le tabac sont généralement bien perçues, elles ne sont pas systématiquement

Tableau II : Les 6 aides (photos) les plus choisies par les 19 fumeurs

Photo choisie (nombre de personnes)	Raisons du choix	Verbatim
Accompagnement par un professionnel de santé (15)	Importance de recevoir des conseils et du soutien d'un professionnel de santé	« Parce que ça, je pense que c'est obligatoire, de faire confiance à quelqu'un qui sait. » (E9B)
Programme sportif et changement de vie (13)	Stress lié à l'arrêt, au besoin de libérer des tensions au moment du sevrage, de réduire la prise de poids	« Ça peut changer la vie et du coup, je verrais bien remplacer par le sport la cigarette, ça oui. Ça je l'envisage, je peux. » (E1B)
Substituts nicotiniques/ médicaments (10)	Pallier le manque de nicotine	« Les substituts parce que je pense que la nicotine, vu qu'on fume tous les jours, on peut pas s'en débarrasser du jour en lendemain. » (E7A)
Utiliser les économies réalisées pour se motiver (10)	Financière	« Et ouais, faire des économies c'est aussi un truc important. C'est quelque chose que je veux faire en tout cas, mettre l'argent que je ne mets pas dans les cigarettes de côté quoi. » (E10A)
Conseils nutritionnels (9)	Peur de la prise de poids mais aussi pour un meilleur équilibre de vie	« Bah voilà, quand on arrête de fumer, on sait bien que la cigarette c'est un coupe-faim, un brûleur, ça compense et il va falloir que je me fasse aiguiller, mais c'est vrai que c'est une vraie crainte ça. » (E4B)
Soutien par quelqu'un de son entourage (7)	Besoin du soutien d'un proche	« Le soutien, mine de rien, c'est quand même quelque chose de très important. Je suis très très proche justement de mes amis, de ma famille... Donc euh, le soutien de mon entourage est quelque chose de très utile et primordial. » (E6A)

utilisées par les fumeurs interrogés, car, au-delà du manque de connaissances (médicaments, TCC), des freins existent quant à leur utilisation : la méfiance (e-cigarette, médicaments) et le coût (peu sont au courant du remboursement intégral des TNS). À cela s'ajoute une perception d'inefficacité pour certaines aides (TNS, e-cigarette pour l'arrêt) et la crainte de développer une nouvelle dépendance. Les fumeurs de notre étude se méfient plus spécifiquement des médicaments (varénicline et bupropion).

À propos du recours aux professionnels de santé, le résultat principal est contradictoire : cette aide est connue, est jugée efficace, pertinente pour ne pas arrêter seul, mais peu de fumeurs interrogés admettent le faire pour eux-mêmes. Parmi les freins recensés : l'accès (en particulier pour les spécialistes tabacologues), la gêne, penser que l'addiction n'est pas suffisante pour demander de l'aide, et la crainte d'un manque d'expertise sur le sujet de la part de certains professionnels de santé.

Enfin, proposer aux fumeurs une palette d'aides à l'arrêt afin de personnaliser leur programme de sevrage tabagique est très bien accueilli. Le pilier de ce programme serait le professionnel de santé, combiné à des méthodes pour éviter le manque à la nicotine et à l'accompagnement dans le changement de vie (conseils nutritionnels, etc.).

De ces résultats émergent des recommandations afin de déployer efficacement le programme LAST.

En premier lieu, les fumeurs ne connaissent pas bien les aides à l'arrêt disponibles, la possibilité de remboursement associée aux TNS et aux médicaments et ne se sentent pas toujours concernés par ces dispositifs. Communiquer sur le territoire est alors essentiel pour augmenter la notoriété des publics ciblés sur ces éléments. Il pourrait s'agir de campagnes de communication sous forme d'affiches (dans la rue, dans les magasins), de diffusion de messages à la radio (il existe de nombreuses stations locales) ou encore sur internet (sites locaux, réseaux sociaux). Pour que les fumeurs se sentent plus concernés par le recours aux aides, des communications narratives (*storytelling*) pourraient se révéler un format créatif intéressant. Le principe serait de mettre en récit des témoignages d'anciens fumeurs néo-aquitains qui auraient eu recours à certaines aides et à des professionnels de santé pour arrêter le tabac. Ces formes publicitaires sont souvent utilisées dans un contexte commercial, car elles renforcent l'adhésion, captent l'attention des consommateurs, suscitent des émotions et provoquent de l'empathie. Des chercheurs ont étudié leur intérêt dans un contexte de prévention [21].

En second lieu, il est essentiel de faire savoir plus largement que les TNS sont remboursés intégralement depuis

janvier 2019 en France (Sécurité sociale et mutuelle), au même titre que la varénicline [22]. En effet, le coût étant un frein à l'utilisation d'aides à l'arrêt, mieux faire connaître cette information pourrait inciter certains fumeurs à mobiliser ces aides.

En troisième lieu, il est également important de rassurer les fumeurs en leur présentant certaines aides disponibles et efficaces. Les résultats de notre étude sont similaires aux conclusions de la littérature : les fumeurs sont réticents à prendre des médicaments comme aide à l'arrêt, redoutant les effets secondaires rapportés par leur entourage [23, 24]. Or les dernières recommandations de l'American Thoracic Society de juillet 2020 [11] vont dans le sens de l'efficacité élevée de la varenicline et de la nécessité de traiter la *craving* y compris chez les fumeurs qui ne sont pas prêts à arrêter, rendant l'arrêt accessible de façon progressive. Un travail important de modification des représentations sur les pharmacothérapies est à réaliser pour en améliorer l'acceptabilité par le public français.

En quatrième lieu, il est nécessaire de réfléchir à la manière dont il est possible de provoquer le passage à l'acte des fumeurs au recours aux professionnels de santé. Tout éloignement temporel, géographique ou humain est ressorti dans notre étude comme un frein à la sollicitation de ces professionnels. Une signalétique de proximité (affiches LAST) pourrait être conçue afin de signaler aux fumeurs les lieux, proches de chez eux, où ils peuvent demander des informations sur l'aide à l'arrêt (médecins, pharmaciens, ensemble des prescripteurs des TNS). Cela nécessiterait de former les professionnels de santé afin qu'ils s'engagent plus systématiquement dans ce conseil aux fumeurs [25] et apposent l'affiche LAST dans leur cabinet pour indiquer ce service. Les mobiliser afin qu'ils deviennent plus proactifs nécessite que leur soient proposés des outils adaptés, favorisant les bonnes postures et l'implication du fumeur. Dans ce cadre, les images/photos utilisées dans notre travail pourraient constituer une approche vers leurs patients. Ainsi, le conseil à l'arrêt pourrait se déployer en une information sur les aides possibles et la coconstruction du programme d'arrêt idéal pour la personne fumeuse.

Enfin, notre étude éclaire, de manière générale, sur les modalités d'intervention à même d'atteindre plus facilement les fumeurs et de mieux les accompagner : une offre de proximité, une démarche proactive de la part des professionnels de santé et la coconstruction des programmes d'aide avec les publics cibles. Il est intéressant de constater qu'une revue de la littérature publiée en 2018 [26] révèle des leviers similaires pour toucher efficacement des fumeurs défavorisés. On retrouve ici l'importance qu'il faut accorder au patient fumeur en tant que partenaire de sa

prise en charge : recenser ses besoins, ses ressources et sa culture pour l'impliquer dans son sevrage [27].

En dépit de l'intérêt de ce travail pour mieux accompagner les fumeurs vers l'aide à l'arrêt, il est important de souligner les limites de cette étude.

Sur le plan empirique, c'est une recherche exploratoire qualitative qui a donc mobilisé un échantillon de petite taille, à l'instar de toutes les études de ce type. L'objectif était d'interroger des profils diversifiés (ce qui est le cas même si on observe plusieurs répondants du secteur tertiaire, en profession libérale et enseignants dans l'échantillon), et en particulier des fumeurs au profil vulnérable (d'où un recrutement en centre d'examen de santé). Étant donné la taille limitée de la population étudiée, ce travail devra être complété et enrichi par des approches quantitatives sur des échantillons plus larges et représentatifs. Il serait également pertinent d'explorer les réactions d'anciens fumeurs qui ont réussi à arrêter ainsi que celles des professionnels de santé impliqués dans l'arrêt du tabac. Ces données permettraient de souligner davantage les différences de réactions élicitées par les aides à l'arrêt existantes selon le sexe, l'âge, la dépendance au tabac ou encore les différents niveaux socio-économiques, et de trianguler les résultats avec le point de vue d'acteurs variés concernés par le sujet.

Sur le plan théorique, le modèle de Prochaska et Di Clemente retenu pour classer les fumeurs interrogés selon leur niveau de motivation à l'arrêt du tabac a fait l'objet de critiques, allant parfois jusqu'à la préconisation de l'abandonner [28]. Ainsi, l'idée d'un passage progressif et linéaire d'un stade de motivation à l'autre avant le changement de comportement a été remise en cause. Une autre critique tient au fait que certains changements de comportement ont lieu sans passer par différentes étapes de motivation.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement les personnes ayant accepté d'être interrogées ainsi que les équipes de la Coreadd NA et du SSMIP (CHU de Bordeaux) qui ont contribué à la réalisation de cette étude.

Références

1. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard JB, *et al.* Consommation de tabac parmi les adultes en

- 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. Bull Epidémiol Hebd. 2021;8:132-9.
2. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018;14-15:265-73.
 3. Bourdillon F. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits. Bull Epidémiol Hebd. 2019;15:270-1.
 4. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Paris, 2015.
 5. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. Paris, 2018.
 6. Fenton K. Stoptober : une campagne d'aide à l'arrêt du tabac en Angleterre. Bull Epidémiol Hebd. 2016;30-31:499-502.
 7. Kuipers MA, West R, Beard EV, Brown J. Impact of the "Stoptober" smoking cessation campaign in England From 2012 to 2017: A quasi experimental repeat cross-sectional study. Nicotine Tob Res. 2020;22(9):1453-9.
 8. Gallopel-Morvan K, Nguyen Thanh V, Arwidson P, Hastings G. Marketing social : De la compréhension des publics au changement de comportement. Rennes : Presses de l'EHSP ; 2019. p. 134-168.
 9. Tabac Info Service. J'arrête de fumer. [Visité le 23/12/2020]. En ligne : <https://www.tabac-info-service.fr/j-arrete-de-fumer>.
 10. Haute Autorité de santé (HAS). Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Saint-Denis La Plaine : HAS ; Octobre 2014. [Visité le 23/12/2020]. En ligne : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations>.
 11. Leone FT, Zhang Y, Evers-Casey S, Evins AE, Eakin MN, Fathi J, et al. Initiating pharmacologic treatment in tobacco-dependent adults: An official american thoracic society clinical practice guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2020;202(2):5-31.
 12. Guignard R, Richard JB, Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Smadja O, et al. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018;14-15:298-303.
 13. Roddy E, Antoniak M, Britton J, Molyneux A, Lewis S. Barriers and motivators to gaining access to smoking cessation services amongst deprived smokers—a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2006;6(1):147.
 14. Morphet K, Partridge B, Gartner C, Carter A, Hall W. Why don't smokers want help to quit? A qualitative study of smokers' attitudes towards assisted vs. unassisted quitting. Int J Environ Res Public Health. 2015;12:6591-607.
 15. McNeill A, Guignard R, Beck F, Marteau R, Marteau TM. Understanding increases in smoking prevalence: case study from France in comparison with England 2000-10. Addiction. 2018;110(3):392-400.
 16. Hofstede G. National cultures in four dimensions: a research-based theory of cultural differences among nations. Int Stud of Manag Org. 1983;13:46-74.
 17. Giannelloni JL, Vermette E. Études de marché. Paris : Vuibert ; 2019.
 18. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;103(4):67-82.
 19. Carr A. La méthode simple pour en finir avec la cigarette. Paris : Pocket ; 2011.
 20. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1982;19:276-88.
 21. Shen F, Sheer VC, Li R. Impact of narratives on persuasion in health communication: A meta-analysis. Journal of Advertising. 2015;44(2):105-13.
 22. Assurance Maladie. La prise en charge du sevrage tabagique. [Visité le 23/12/2020]. En ligne : <https://www.ameli.fr/gironde/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/prise-en-charge-sevrage-tabagique>.
 23. Gallus S, Muttarak R, Franchi M, Pacifici R, Colombo P, Boffetta P, et al. Why do smokers quit? Eur J Cancer Prev. 2013;22(1):96-101.
 24. Morphet K, Partridge B, Gartner C, Carter A, Hall W. Why don't smokers want help to quit? A qualitative study of smokers' attitudes towards assisted vs. unassisted quitting. Int J Environ Res Public Health. 2015;12:6591-607.
 25. Anda RF, Remington PL, Sienko DG, Davis RM. Are physicians advising smokers to quit? The patient's perspective. JAMA. 1987; 257(14):1916-9.
 26. Guignard R, Nguyen Thanh V, Delmer O, Smadja O, Arwidson P. Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature. Santé Publique. 2018;30(1):45-60.
 27. Golay A, Lagger G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? Paris (France) : Maloine ; 2010. 247 p.
 28. West R. Time for a change : Putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. Addiction. 2005;100(8):1036-9.

