Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2022

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(Arrêté du 8 avril 2013)

présentée et soutenue publiquement
le 21 octobre 2022 à POITIERS
par Madame ROUSSEAU Eugénie

Comment les personnes fumeuses en situation de précarité envisagent-elles les stratégies à même de les mobiliser dans le Mois Sans Tabac ?

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur FAUCONNEAU Bernard

Membres : Madame le Docteur JADEAU Lina, Pharmacienne d'officine

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur NGUYEN André

et Madame la Professeure THEVENOT Sarah

REMERCIEMENTS

À mes directeurs de thèse, André NGUYEN pour ton accompagnement tout au long de la réalisation de ce travail, merci pour ta confiance dans la réalisation de cette étude, et Sarah THEVENOT pour vos conseils expérimentés. Merci à tous les deux pour vos relectures et pour tous les conseils que vous m'avez donné, qui m'ont guidé dans ce travail.

À Monsieur le professeur Bernard FAUCONNEAU, vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Lina, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et de juger mon travail. Aussi merci pour votre accompagnement depuis le début de mon cursus de pharmacie, pour votre bienveillance et la place que vous m'avez faite au sein de l'équipe.

À toute ma famille,

À mes parents et ma sœur, pour votre soutien sans faille pendant toutes ces années, merci de m'avoir soutenu dans mes moments d'angoisse et de stress. Merci d'avoir cru en moi et de continuer à m'entourer et m'encourager.

À mes grands-parents, qui ont toujours été fiers de mon parcours.

À tous mes ami(e)s,

À mes chères copines pour ces belles années d'étude, la team P, Elodie, Dounia, Wyssem, Manon et Adeline, je vous remercie pour tous ces beaux moments passés ensemble. Merci pour ces pauses BU infinies. Les cookies de la cafét' et les thés sans *LA VILLA* n'auront plus le même goût sans vous !

À la team Tenerife, Isabel, Léna et Auré, merci malgré tout à l'externat pour ces rencontres et ces moments de doutes infinis. Ces incroyables vacances et merci d'être vous !

À Anna, pour cette rencontre tardive, Pictave et Fontenaisienne, mais riches en rires et en cidre. Je ne regarde maintenant plus les pies dans la rue. A nous le télétravail parisien !

À mes amis de longues dates de tous horizons, merci pour votre soutien chacun à votre manière : Mathilde, pour ton amitié depuis maintenant 8 ans ; Emile et Baptiste, fidèles acolytes ; Léa, Léa et Karine ; Antho ; mes copains vendéens de toujours…

À la team Montréal, il me tarde de venir vous voir aux 4 coins du monde.

À PH, merci pour ton aide précieuse et ton soutien sur cette thèse et aussi pour tous les beaux moments passés ensemble.

À mes collègues de la Pharmacie JADEAU, merci à vous de m'avoir aidé à nourrir mes réflexions et pour les moments partagés. Un merci particulier aux poussins, pour vos rires et pour les apéros. Ne changez rien, je vous attends à Paris !

À toute l'équipe de la COREADD – Nouvelle Aquitaine que je remercie grandement pour leur accueil et leur disponibilité. Merci pour vos précieux conseils. Des remerciements plus particuliers à Déborah, Shona et Cécilia pour votre accompagnement sur les focus groupe, ainsi que votre aide précieuse pour ce travail ! Merci d'avoir été toujours disponibles pour répondre à mes questions et merci pour votre réactivité !

Je tiens aussi à remercier André NGUYEN, une nouvelle fois, et Philippe CASTERA, de m'avoir confié le pilotage de cette étude. Merci pour vos conseils avisés et expérimentés, ainsi que pour votre accompagnement.

À toutes les structures partenaires qui ont acceptées de nous recevoir pour organiser ces échanges au sein de leurs locaux, et tous ceux ayant contribués à la réussite de ces temps. Votre rôle fût essentiel pour faciliter les échanges et établir des discussions constructives lors des groupes.

Pour finir, je remercie tous les participants aux différents groupes de discussion pour leur intérêt, leurs idées nouvelles et leur bienveillance.

TABLE DES MATIERES

I- INTRODUCTION 9

II- GENERALITES 10

A. L'addictologie : quelques définitions 10

1. Le trouble de l'usage 10
2. L'addiction 10
3. Le craving 10
4. La rechute 11

B. Le tabac : un fléau contemporain 11

C. Le Mois Sans Tabac 11

D. Le marketing social 12

E. L'évaluation du dispositif Mois Sans Tabac entre 2016 et 2019 12

F. Une politique globale française de lutte contre le tabagisme 13

G. Et depuis la COVID ? 13

H. Tabac et précarité 14

III- QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE 15

IV- MATERIELS ET METHODES 15

A. La méthode de recherche : étude qualitative par la réalisation de focus groupe 15

1. Choix de l'étude qualitative 15
2. Choix du focus groupe 16
3. Les thèmes explorés 16

B. La population d'étude 16

1. La population cible 16
2. Les critères d'inclusion et de non-inclusion 16
3. Le recrutement 17
4. L'évaluation de la précarité 18

C. Le cadre règlementaire 23

D. Les structures partenaires 23
E. Le budget 24
F. Le calendrier 24
G. Construction de la grille d'entretien 25
1. Objectifs de la grille d'entretien 25
2. Les thèmes 25
3. Le photolangage® 25
4. Expérimentation de la grille 26
5. Accueil des participants 26
6. Présentation du contexte au groupe 27
7. Déroulement de l'entretien 27
8. Fin de séance 27
H. Le recueil et retranscription des données 27
1. Le recueil 27
2. La retranscription 27
I- L'analyse des données et la théorisation ancrée 28
V- RESULTATS DES GROUPES DE DISCUSSION 29
A. Caractéristiques des entretiens 29
B. Caractéristiques des participants 29
C. Présentation des résultats 30
D. Les profils tabagiques 30
E. Les freins à l'arrêt du tabac 37
F. Les motivations à l'arrêt 41
G. La perception du Mois Sans Tabac par les fumeurs précaires 44
H. Comment redynamiser la campagne ? 45
VI- DISCUSSION 52
A. Limites de l'étude 52
1. Limites de la méthode 52
2. Limites associées aux participants 53
B. Forces de l'étude : 54

1. Forces de la méthode 54
2. Forces des partenariats 55
3. Originalité de l'étude 56

C. Interprétation des résultats : 56

1. La diffusion de la campagne Mois Sans Tabac 56
2. Les stratégies d'incitation 58
3. La place des professionnels de santé et des TSN 58
4. Les compléments de la substitution 60
5. La place de la confiance et de la motivation 61
6. L'incitation financière 62
7. Des idées et concepts proposés spontanément par les participants 63

VII- CONCLUSION 64

VIII- BIBLIOGRAPHIE 65

IX- ANNEXES 70

A. Fiche d'information sur l'étude 70
B. Grille d'entretien de focus groupe 71
C. Le score EPICES 74
D. Formulaire précarité 75
E. Déclaration CNIL 76
F. Formulaire de consentement et remise du bon cadeau 77
G. Photolangage® 78
H. Liste des structures participantes 78
I. Budget cartes cadeaux 81
J. Budget plateaux repas 81
K. Budget temps conviviaux 82
L. Caractéristiques des participants 83

X- RESUME et MOTS CLES 84

XI- SERMENT 85

LISTE DES ABREVIATIONS

AA : Alcoolique Anonyme

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CES : Centre d'Examen de Santé

CMU-C : Couverture Maladie Universelle – Complémentaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREADD – NA : Coordination Régionale Addictions – Nouvelle Aquitaine

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRESLI : Centre Régional d'Examen de Santé du Limousin

CSP + : Catégorie Socio-Professionnelle supérieures

CSP - : Catégorie Socio-Professionnelle inférieures

C2S ou CSS : Complémentaire Santé Solidarité

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

FIR : Fond d'Intervention Régional

HAS : Haute Autorité de Santé

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

ISS : Inégalités Sociales de Santé

MsST : Mois Sans Tabac

ORS : Observatoire Régional de la Santé

RdRD : Réduction des Risques et des Dommages

RSA : Revenu de Solidarité Active

SpF : Santé publique France

TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales

PNLT : Plan National de Lutte contre le Tabagisme

PPS : Prévention et Promotion de la Santé

PNRT : Plan National de réduction du tabagisme

TSN : Traitements de Substitution Nicotinique

VOL : Video On Line

I- INTRODUCTION

Le tabac est responsable de plus de 75 000 décès par an en France (1). En étant responsable de 33% des cancers, le tabac reste la première cause de mortalité évitable (1) et représente un coût social de 120 milliards d'euros par an (2). Même si depuis les années 1970, la tendance est à la baisse, 25,5 % des adultes fument encore quotidiennement (1).

La tendance à la baisse est le fruit d'un travail sur le long terme initié par la loi Veil en 1976 (3), interdisant toute propagande ou publicité en faveur du tabac, puis complétée par la loi Evin en 1991, grande précurseur de la lutte anti-tabac (4). Divers plans et grandes mesures se sont succédés en ce sens. On peut citer : le Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT 2014-2019), dont l'objectif est de passer sous le seuil de 20 % de fumeurs quotidiens d'ici 2024 (5); la hausse du prix du tabac ; l'interdiction de fumer dans les lieux publics ; l'instauration du paquet neutre ; l'intégration de nouveaux prescripteurs de substituts nicotiniques et le remboursement des substituts nicotiniques.

L'année 2016 marque un tournant important dans cette lutte, avec notamment l'apparition en novembre du Mois Sans Tabac (MsST). Cette grande campagne de marketing social vient renforcer la dynamique nationale globale de santé publique. Il s'agit d'un défi collectif visant à encourager les fumeurs à faire une tentative d'arrêt pendant 30 jours, ainsi qu'à sensibiliser les fumeurs aux bénéfices de l'arrêt. De nombreux moyens sont mis en avant, via plusieurs interfaces : application et site internet, le 3989, les réseaux sociaux, et des actions de terrains sont également déployées (6).

En France, la prévalence de tabac est plus importante chez les populations précaires, et en opposition à la population générale, le tabagisme augmente chez les personnes les plus défavorisées. Santé publique France souligne une hausse significative parmi le tiers de la population française dont les revenus sont les moins élevés. La prévalence du tabagisme pour ce groupe est en effet passée de 30 % en 2019 à 33 % en 2020. Les Inégalités Sociales de Santé (ISS) concernant le tabagisme restent très marquées en 2020, avec 15 points d'écart entre les plus bas et les plus hauts revenus (7). Aussi les populations précaires présentent le taux d'arrêt le plus faible (8).

Après des années de gloire du MsST, on observe à présente une perte de dynamisme de la campagne. Aussi l'écart en termes d'ISS se creuse : le MsST comme la plupart des campagnes s'intéressant à la réduction du tabagisme ont un succès observé auprès des Catégorie Sociale les plus favorisées majoritairement, ce qui participe à augmenter ces inégalités (8) (9).

Cette étude a pour but de mettre en lumière les stratégies susceptibles de favoriser l'engagement des personnes précaires fumeuses dans une tentative d'arrêt du tabac durant le MsST, et ce afin de

participer à la réduction des ISS. Nous nous intéressons également aux principaux facteurs facilitateurs et facteurs bloquants à l'arrêt du tabac sur cette population cible.

II- GENERALITES

A. L'addictologie : quelques définitions

Avant tout revenons sur quelques définitions fondamentales à la compréhension de la maladie chronique addictive. Elles permettent la compréhension des représentations et le vécu que peuvent en avoir les usagers. Le tabac est défini comme produit addictif dans ces définitions.

1. Le trouble de l'usage

En addictologie, l'usage correspond à la « consommation » de sources de gratification. Il peut s'agir de substances comme le tabac ou de comportements comme le jeu. Ces objets sont sources de plaisir et d'effets renforçant. Le trouble de l'usage se défini comme une modalité dérégulée d'utilisation de cette source de gratification (10).

2. L'addiction

Elle est définie comme un trouble de l'usage dans le DSM-5 (11) et correspond au syndrome de dépendance dans le CIM-10 (12). L'addiction se définit donc comme la perte du contrôle de l'usage des sources de gratification, ici le tabac, ce qui est bien différent de l'usage (50). Le symptôme caractéristique en est le craving (10).

3. Le craving

Il est défini en addictologie par l'envie irrépressible d'effectuer le comportement gratifiant, ici de fumer du tabac, alors que la personne ne veut pas. Sa présence et son intensité prédisent l'usage et la rechute. De nombreux facteurs environnementaux l'influencent. Le craving est ainsi la cible fondamentale du traitement, ainsi que la prévention de la rechute (10).

4. La rechute

Elle est définie par des périodes de réduction ou de suspension de l'usage suivies de la reprise d'un usage qui aboutit involontairement aux mêmes conséquences négatives. Ce phénomène de la rechute est un signe clinique majeur et récurrent de l'addiction qui traduit sa durabilité (10).

B. Le tabac : un fléau contemporain

Le tabac demeure encore aujourd'hui la première cause de mortalité évitable, et la première cause de cancer avec 12 millions d'usagers quotidiens en France parmi les 11-75 ans (1). On estime que 75 320 décès par an sont attribuables au tabac (1), et malgré une baisse globale de la consommation au fil des années, le tabagisme reste un problème majeur de santé publique et une pathologie chronique à prendre en charge. Il parait également important de s'intéresser aux différentes populations de fumeurs, selon les études *Baromètre* de Santé Publique France, il apparait que les fumeurs sont plus souvent des hommes, de moins de 55 ans et en situation de précarité socio-économique. En effet, la prévalence du tabagisme actif est de :

- 29,8% chez les personnes ayant un faible revenu (vs 18,2% chez les personnes ayant un revenu élevé) (13),
- 43,9 % chez les personnes au chômage (vs 27,1 % chez les personnes ayant un emploi) (14).

En Nouvelle-Aquitaine, selon la dernière enquête de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), on retrouve une prévalence de 18,5% de fumeurs quotidiens en 2021 parmi les plus de 18 ans (15). Notons également qu'il apparait que plusieurs facteurs comme l'activité professionnelle ou le niveau d'étude sont des facteurs associés à la prévalence du tabagisme quotidien de manière significative (15).

C. Le Mois Sans Tabac

Le MsST est une campagne basée sur les principes du marketing social. Lancée en France en 2016, elle s'inscrit dans une politique globale nationale de lutte contre le tabagisme. Elle est inspirée de la campagne britannique *Stopober* (6), et a pour objectif d'inviter les fumeurs à faire une tentative d'arrêt du tabac pendant 30 jours au mois de novembre. Cette période d'un mois correspond à la durée à partir de laquelle les symptômes du sevrage sont réduits de manière considérable, ce qui augmente ainsi les chances de sevrage définitif (16). En France, la campagne se déploie grâce à différentes forces : une campagne médiatique de communication (TV, radio, affiches, flyer, réseaux sociaux, Video On Line (VOL)), des outils d'aide à l'arrêt (site internet, application mobile, ligne téléphonique gratuite 3989,

kit d'accompagnement à l'arrêt), et la mise en place d'actions de proximité sur le terrain pour proposer les outils d'aide au sevrage et augmenter la notoriété du dispositif (6).

D. Le marketing social

Le marketing social est né aux Etats-Unis dans les années 1970 et se base sur les techniques du marketing marchand en ayant pour but l'amélioration des comportements favorables à la santé. La mise en place des actions repose sur les « 5C » (17) :

a. Comprendre les **Comportements** des individus pour segmenter et cibler les populations en fonction des besoins
b. Diminuer les **Coûts** psychologiques et financiers d'adoption de ces comportements
c. Faciliter les **Capacités d'accès** à ces comportements
d. **Communiquer** grâce à des outils adaptés
e. Faire le lien avec des **Collaborateurs** pour aider au déploiement de la campagne

L'évaluation est une des étapes fondamentales du marketing social. Elle concerne le processus, c'est-à-dire l'exposition des individus à la campagne mais aussi la mise en œuvre, c'est-à-dire les individus et leurs comportements vis-à-vis de cette dernière (17).

E. L'évaluation du dispositif Mois Sans Tabac entre 2016 et 2019

L'évaluation de la campagne MsST repose sur l'étude *Baromètre* de Santé publique France (SpF). Le taux de tentatives d'arrêt chez les fumeurs quotidiens, inclus dans les enquêtes de SpF, a augmenté de manière continue entre 2016 (15,9%) et 2019 (24,4%). Sur l'ensemble des fumeurs quotidiens, le taux de tentatives d'arrêt directement attribuables à l'opération a augmenté de 2,9% en 2016 et 2017, à 4,8% en 2018, avant de se stabiliser en 2019 (4,3%). Sur l'ensemble de la période 2016-2019, environ 1,8 millions de tentatives d'arrêt étaient attribuables à MsST, soit plus du double du nombre d'inscriptions en ligne à l'opération (n=784 874). Signe que l'opération va au-delà des seuls inscrits en ligne (6). L'évaluation des campagnes passe également par l'évaluation du dispositif de communication, le volumes des commandes d'outils, ainsi que les post-tests qualitatifs qui mesurent le bruit des actions.

Pour finir, entre 2016 et 2019, le MsST a permis une stabilisation des ISS en matière de consommation de tabac. C'est dire que l'écart de prévalence du tabagisme entre les personnes les moins favorisées (chômeurs, personnes peu ou pas diplômées, revenus faibles) et les autres ne se creusent pas (18).

F. Une politique globale française de lutte contre le tabagisme

Cette grande réussite s'inscrit dans une politique cohérente et globale de santé publique. Grande précurseur en 1991, la loi Evin, luttant contre le tabagisme et l'alcool, vient interdire toute forme de publicité, le parrainage ainsi que la distribution de produits dérivés du tabac (4). Cette loi impose également le début de l'augmentation du prix du paquet, qui passera de 5,98€ en 2011 à 10,50€ en 2021 (1). 23 ans plus tard, la France marque un tournant important dans son engagement contre le tabagisme avec la mise en place du PNRT, couvrant la période de 2014 à 2019 (5). Trois mesures phares viennent l'enrichir en 2016 (19) :

- l'instauration du paquet neutre ;
- l'élargissement des professions pouvant prescrire les traitements de substitution nicotiniques (TSN) ainsi que l'augmentation du forfait de prise en charge des substituts nicotiniques à hauteur de 150€ (auparavant de 50€), qui deviendra en 2018 le remboursement à 65% (100% pour les Affections Longues Durées) sans limite de forfait ;
- la mise en place en novembre 2016 du premier « Mois Sans Tabac ».

G. Et depuis la COVID ?

Bien que la politique globale nationale maintienne sa dynamique, avec notamment la mise en place du Programme National de Lutte contre le Tabagisme (PNLT) pour la période 2018-2022 (20), en continuité du PNRT, en 2021 après six éditions du MsST et deux ans de contexte de crise sanitaire nous constatons une perte d'attractivité à la campagne MsST. Différents indicateurs le prouvent :

- Le site internet comptabilise 112 933 inscrits pour la campagne 2021, en baisse de 10% par rapport à 2020 (déjà en baisse de 38% par rapport à 2019). Le nombre d'inscriptions est le plus faible depuis la première année de la campagne (21).
- Un net recul du recours aux outils que sont l'application et ligne téléphonique 3989 est souligné : 48% de téléchargements d'applications en moins (86 981 en 2021 vs 131 677 en 2021) et 15% de d'appels au 3989 en moins (10 155 en 2021 vs 11 719 en 2020) (21).
- Une forte diminution des « commandes partenaires » contenant la documentation et les kits (3371 en 2021 vs 4413 en 2020 et 7891 en 2019) (22).

Différentes hypothèses peuvent expliquer ces chiffres :

- la connaissance des outils (kit, application, 3989, …) déjà testés lors d'une précédente édition ;
- le désintérêt de la campagne : redondance et multiplication des messages sanitaires ;

- limite du public cible pour une campagne nationale : après 6 ans d'existence, nécessité de redéfinir le public visé ;
- la crise COVID modifiant les priorités des individus et empêchant les actions de terrain des acteurs impliqués en tabacologie.

Le post test qualitatif de SpF vient confirmer la baisse de cette reconnaissance globale de la campagne : diminution de la reconnaissance des messages TV, Internet et affichages. 78% des interrogés reconnaissent un support de la campagne contre 82% en 2020 (23).

Aussi l'écart se creuse entre les différentes Catégories Socio-Professionnelles (CSP) :

- la notoriété de la campagne est moindre chez les CSP inférieures (CSP -) : 80%, (et en particulier les ouvriers (78%)) vs 83% chez les CSP supérieures (CSP +) (23) ;
- l'impact de la campagne est plus faible chez les CSP -, les ouvriers ont nettement moins parlé de la campagne avec leur entourage (9% vs 15% en moyenne). Les cadres sont les plus incités par la campagne à changer leur comportement (23).

Fort de constat, et s'inscrivant dans les directives nationales actuelles d'aller vers les plus vulnérables (20), nous avons décidé en tant qu'ambassadeur régional du MsST pour la Région Nouvelle-Aquitaine de mener l'enquête. Cette dernière fût menée dans l'intention de repenser et rendre plus attractif le dispositif, notamment auprès des CSP-, et du public précaire en général. Le MsST doit prendre la direction de cette population fragile pour s'inscrire dans la lutte contre les ISS et étouffer ce clivage populationnel.

H. Tabac et précarité

En France, comme dans la plupart des pays occidentaux, le tabagisme apparaît très différencié selon le niveau socio-économique. La prévalence est plus élevée chez les CSP -, aussi cette catégorie présente le taux d'arrêt le plus faible (8) (9). L'usage du tabac aggrave et entretient donc les ISS (24). Aussi, la plupart des interventions efficaces en termes de réduction du tabagisme ont un succès observé auprès des CSP + majoritairement, elles participent à augmenter ces inégalités (25).

Comme le précise, R. GUIGNARD dans une synthèse de la littérature parue en 2018 (26), peu d'éléments sont disponibles aujourd'hui concernant les interventions efficaces pour cibler les publics défavorisés. Cependant plusieurs pays européens s'en préoccupent. C'est le cas par exemple des Pays-Bas avec le projet de l'institut Trimbow s'appuyant sur le rôle des travailleurs sociaux, au sein des milieux de vie, dans la facilitation de l'accès aux aides à l'arrêt et aux centres de soutien à l'arrêt (27).

C'est le cas également de l'Irlande, avec le programme « We Can Quit » intégré au plan « Tobacco Free Ireland » : il s'agit d'une stratégie nationale de soutien par des groupes aux fumeurs. Le programme constitut une approche holistique de la santé incluant le tabac et passe par la formation de conseillers pairs (souvent anciens fumeurs du groupe) aidés des facilitateurs communautaires qui interviennent au sein des milieux de vie (28) (29).

III- QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

Question de recherche : « Quelles sont, selon les personnes "précaires" et fumeuses, les actions susceptibles de favoriser leur engagement dans une tentative d'arrêt du tabac durant le MsST ? »

Objectif principal : Identifier les propositions issues de la population cible permettant de faire adhérer les personnes précaires fumeuses au MsST

Objectifs secondaires :

- Répertorier et sélectionner parmi ces idées celles réalisables en pratique, en fonction des contraintes et le contexte
- Identifier les facteurs facilitateurs et les facteurs bloquants à l'arrêt du tabac sur cette population cible
- Modéliser ces idées afin de trouver des solutions permettant de changer ces comportements
- Proposer des actions ciblées vers les publics précaires pour les prochaines campagnes MsST

IV- MATERIELS ET METHODES

A. La méthode de recherche : étude qualitative par la réalisation de focus groupe

1. Choix de l'étude qualitative

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative car il s'agit d'une méthode d'enquête permettant de comprendre des comportements et d'identifier les ressources nécessaires d'un groupe. La méthode consiste à recueillir des données verbales et de les analyser, afin de générer des hypothèses à exploiter (30).

2. Choix du focus groupe

Cette étude qualitative a pris la forme de focus groupe avec des discussions semi-dirigées. Ce format se base sur une grille d'entretien (Cf annexe B) comportant des questions ouvertes qui facilitent la parole libre et spontanée (30). Les questions sont réalisées en entonnoir (du plus large au plus précis pour l'étude) afin de pouvoir développer des points plus précis.

3. Les thèmes explorés

La grille explore les représentations et les expériences personnelles des personnes rencontrées. Le plus du focus groupe est de pouvoir explorer des thèmes auxquels nous n'avions pas pensé lors de la construction de la grille, afin d'approfondir et d'enrichir nos réflexions (Cf grille d'entretien en annexe B).

La méthode et la rédaction de l'étude ont été réalisés selon la grille COREQ, méthode de référence en recherche qualitative (31) (32).

B. La population d'étude

1. La population cible

Pour bien cadrer cette recherche, le public cible était constitué de fumeurs ou d'ex-fumeurs en situation de précarité, usagers ou patients des structures partenaires avec lesquelles nous avons travaillé.

2. Les critères d'inclusion et de non-inclusion

Critères inclusion	Critères non-inclusion
- Être fumeur ou ex-fumeur - Être majeur - Être en capacité physique et psychique de répondre - Être volontaire et avoir signé le document de consentement éclairé - Acceptant de participer aux entretiens - Être usager de la structure qui nous reçoit	- Les personnes travaillant dans le milieu du tabac (buralistes, compagnie de tabac etc.) - Le refus de participation - Les personnes présentant des troubles cognitifs et/ou de la compréhension - Les personnes ne maîtrisant pas bien le français - Public en grande vulnérabilité

Concernant les critères d'inclusions

Ils prenaient en compte le souhait d'inclure des personnes dans le respect d'un consentement individuel et en capacité de répondre. Pour être le plus objectif possible et améliorer la représentativité de notre étude, nous voulions recruter des profils de fumeurs différents : personne vivant seule ou dans un cadre familial, en milieu rural ou citadin, des hommes et des femmes, avec des âges variés, des profils tabagiques différents et des stades de précarité différents qui seront évalués grâce à un questionnaire.

Concernant les critères d'exclusion

Nous avons décidé d'exclure les personnes travaillant dans le milieu du tabac, car selon nous, cela pouvait présenter un biais trop important dans les réponses apportées. Nous avons également exclu personnes présentant des troubles cognitifs ou ne maitrisant pas bien le français afin d'éviter de mauvaises interprétations des questions. Nous avons exclu aussi les personnes en situation de grande vulnérabilité étant trop éloignées des structures de soins et multipliant des problématiques. En effet on sait d'après plusieurs lectures que pour qu'une telle initiative soit bien reçue et comprise il faut que la santé soit au cœur des préoccupations de la personne. Pour les personnes en grande précarité d'autres préoccupations priment, notamment l'alimentation et le logement. Nous y reviendrons plus tard.

3. Le recrutement

Nous avons tout d'abord réalisé un recrutement des structures en leur présentant l'étude qualitative et en leur remettant la fiche explicative de l'étude (Cf annexe A). Après accord de participation les structures s'engageaient à recruter parmi leurs usagers 5 individus en moyenne, volontaires acceptants de participer au groupe de discussion d'une heure selon nos critères d'inclusion et de non-inclusion. Le recrutement était réalisé directement par les travailleurs sociaux aux seins des structures. La seule exigence était que les personnes incluses respectent les précédents critères.

Nous précisions lors de nos échanges différents éléments pouvant être motivationnels : le groupe de discussion sera organisé comme un temps d'échanges collectif et convivial en fonction des préférences et des disponibilités (goûter, petit déjeuner ou déjeuner), en plus il sera remis une carte cadeau à chacun des participants, d'une valeur de 20€, comme remerciement.

Nous souhaitions réaliser un recrutement avec une diversité territoriale, notre objectif était donc de réaliser au moins un groupe de discussion par ancienne région de Nouvelle-Aquitaine. De plus nous

souhaitions que notre étude soit représentative en intégrant une diversité de profils, ce qui explique la diversité des structures choisies (Cf tableau annexe H).

Au total, nous avons recruté 29 personnes. Dans une étude qualitative, le nombre de sujet nécessaire ne peut être calculé. Le but d'une étude qualitative est de recueillir la diversité des points de vue pour avoir une vision globale du sujet d'étude. Théoriquement, à l'issu de ces groupes de paroles, nous arrivons à saturation des données. La saturation des données est atteinte si aucune idée supplémentaire n'est évoquée dans le dernier groupe. Ce qui fût le cas. En revanche, si à l'issu des groupes de discussion certains points envisagés n'avaient pas été abordés, qu'il avait manqué des profils (cible pas totalement couverte), nous aurions pu réaliser des entretiens semi-dirigés pour compléter l'enquête.

4. L'évaluation de la précarité

Comme indiqué précédemment notre public cible est constitué de fumeurs en situation de précarité.

- Définir la précarité

WRESINSKI définissait en 1987, dans le rapport « *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* » la précarité comme « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux »* (33).

Même s'il n'existe pas aujourd'hui de consensus d'expert pour définir les termes de pauvreté et de précarité, selon l'Observatoire des inégalités, la pauvreté est absolument relative car elle dépend des gens, du moment et de l'environnement, et elle se définit comme l'absence ou l'insuffisance de ressources (monétaires notamment). La précarité ne se comprend pas seulement ainsi. Le terme de précarité désigne plutôt une fragilité des revenus et des positions sociales (34), il est donc multifactoriel.

Si l'on s'intéresse à la pauvreté, au sens large du terme, incluant la précarité, on peut distinguer quatre approches : « absolues », « relatives », « administratives », « ressenties » (34) :

- La pauvreté « absolue » définit un seuil de ressources en-dessous duquel on est considéré comme pauvre. On définit ici un montant monétaire nécessaire pour pouvoir se nourrir, se vêtir, et se loger. C'est cette définition qui a été retenue par les institutions internationales, pour le calcul du nombre de personnes en situation d'extrême pauvreté (disposant quotidiennement de moins de 1,25 dollars de pouvoir d'achat).

- La pauvreté ou la précarité « administrative » définit comme pauvres, en France, les personnes qui bénéficient des prestations visant à atténuer cette situation : les minima sociaux de type Revenu de Solidarité Active, Allocation aux personnes Agées, mais aussi la Complémentaire Santé et Solidarité. Pour un chiffre sur la « pauvreté administrative », on peut recenser le nombre d'allocataires des minima sociaux. Fin 2013, on compte 4 millions d'allocataires en France, soit, avec les conjoints et les enfants, 7,1 millions de personnes concernées (soit 11 % de la population).
- La pauvreté « relative » définit les personnes qui vivent avec des revenus et/ou dans des conditions de vie sous un certain seuil défini en fonction de la distribution des revenus et/ou des conditions sociales.

- Une dernière approche, la pauvreté « ressentie » consiste à demander aux gens s'ils se considèrent actuellement comme pauvres ou exclus, ou s'ils considèrent avoir vécu, au cours de leur vie, une telle situation. En 2013, plus de deux personnes sur cinq, estiment, dans le baromètre IPSOS/Secours Populaire, être en situation de pauvreté actuellement ou bien avoir déjà connu une telle situation.

En accord avec ces définitions notamment et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) (35), les professionnels s'accordent sur une approche individuelle du sujet, selon Christophe ADAM, professeur associé de médecine générale à Bordeaux et responsable national de médecins sans frontières. 5 axes peuvent être explorés :

- l'absence de droits relevant de la situation socio-économique ;
- la question du logement ;
- la situation vis-à-vis de l'emploi ;
- l'état de santé (exposition à des violences, la ou les dépendances…) ;
- un problème de littératie relatif au niveau de diplôme.

- Le score EPICES

Le score EPICES (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examens de santé) est une référence française pour évaluer la précarité. Il s'agit d'un indicateur individuel de précarité qui prend en compte son caractère multidimensionnel. L'intérêt principal du score EPICES est d'améliorer l'identification des personnes en situation de précarité présentant un risque accru de problèmes de santé et non reconnues par les critères de la définition socio-administrative (36). Le score EPICES a été construit en 1998 par un groupe de travail, constitué de membres des Centres

d'examens de santé (CES) financés par l'Assurance maladie, du Centre technique d'appui et de formation des CES (Cetaf) et de l'École de santé publique de Nancy, à partir d'un questionnaire de 42 questions qui prend en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenu, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, évènements de vie, et santé perçue. Les méthodes statistiques d'analyse factorielle ont permis de sélectionner, parmi les 42 questions, 11 questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). L'évaluation du score EPICES a montré la pertinence du score EPICES pour détecter et quantifier la précarité à condition que les 11 questions du score soient renseignées (37).

Le score est utilisé dans des situations de repérage (Accueil CPAM, service de santé au travail).

- Construire un questionnaire simple d'évaluation de la précarité

Nous inspirant des lignes directrices de définition et du score EPICES (Cf annexe C), pour faire au plus simple et juste, nous avons travaillé avec professeur Christophe ADAM en choisissant d'adapter ce score en le simplifiant. Nous nous sommes surtout intéressés à la situation socio-économique (laissant de côté la question du logement par rapport au score EPICES. Aussi ce score, composé de 11 questions, est plutôt long et jugé intrusif et pénible pour les participants. Notons que ce fût également le cas pour notre questionnaire (bien que n'ayant que 5 questions). Pour finir nous ne voulions pas réaliser de score mais avoir plutôt une vue d'ensemble de la situation des participants aux groupes de discussion.

Nous avons donc sélectionné 3 critères pour évaluer la précarité des participants à l'étude :

- Critère n°1 : L'absence de droit
- Critère n°2 : Les couvertures sociales, médicales et complémentaires
- Critères n°3 : Les dettes

Critère n°1. L'absence de droit, mesuré par la question phare de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à un soin, pour des raisons financières ? ».

Le taux de renoncement aux soins pour raisons financières est un indicateur de plus en plus utilisé pour identifier des problèmes d'accès aux soins des populations. Question phare de l'IRDES, elle est définie par la non-sollicitation des services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit (38). Cet indicateur est construit à partir des réponses d'enquêtés à des questions subjectives, qui dépendent par nature des représentations individuelles sur la définition d'un soin ou

la notion de renoncement, et sont donc sensibles à la formulation exacte de la question (39). Les travaux de R. LEGAL et A. VICARD pour la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) souligne l'importance de cette formulation (39). La formulation de la question unique bien que subjective, demeure la plus globale, mais doit être compléter par d'autres variables plus objectives telles que la couverture sociale, la couverture maladie ou encore la couverture par une complémentaire santé.

Critère n°2 : Les couvertures sociales, le type de couverture maladie, ainsi que la couverture par une complémentaire santé

Pour les couvertures sociales, nous nous sommes intéressés à :

1) L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), il s'agit d'une aide financière qui permet d'avoir un minimum de ressources. Pour en bénéficier, il faut respecter des critères d'incapacité (taux d'incapacité de 80% au minimum, ou taux d'incapacité de 50 à 79 % si restriction substantielle et durable d'accès à un emploi[*]), d'âge (au moins 20 ans, ou au moins 16 ans si vous n'êtes plus considéré à la charge de vos parents), de résidence et de ressources. Elle est accordée sur décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Son montant vient compléter vos éventuelles autres ressources. La réponse de la CDAPH intervient généralement dans un délai de 4 mois à partir de la date de dépôt de votre demande. L'AAH est accordée pour une période de 1 à 2 ans. Cette durée peut atteindre 5 ans si votre handicap et la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ne peuvent pas évoluer favorablement au cours de la période d'attribution (40).
2) L'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA), prestation mensuelle accordée aux retraités ayant de faibles ressources et vivant en France. Elle est versée par la caisse de retraite et dépend de la situation maritale et des revenus (41).
3) Le Revenu de Solidarité Active (RSA), qui assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes d'au moins 25 ans et aux jeunes actifs de 18 à 24 ans s'ils sont parents isolés ou justifient d'une certaine durée d'activité professionnelle (42).

[*] La restriction est substantielle lorsque vous rencontrez des difficultés importantes d'accès à un emploi qui ne peuvent être compensées notamment par des mesures d'aménagement de poste de travail. La restriction est durable dès lors qu'elle est d'une durée prévisible d'au moins 1 an à partir du dépôt de la demande d'AAH (40).

Pour les couvertures maladies, nous nous sommes intéressés à :

1) L'affiliation à la CPAM. L'assurance maladie est le modèle d'organisation du système de santé, et est une des cinq branches de la sécurité sociale en France, avec les accidents du travail-maladies professionnelles, les allocations familiales, la retraite et le recouvrement. Elle est sous la tutelle de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS). Depuis 1945, elle est « la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes ». La sécurité sociale inclue 2 régimes principaux, le régime général et le régime agricole et de multiples régimes spéciaux. Pour les Français, l'immatriculation est automatique, dès la naissance. L'affiliation dépend de la situation professionnelle et du lieu de résidence (43).
2) La Complémentaire Santé et Solidarité (C2S) est une aide pour payer les dépenses de santé. Elle remplace depuis 2019, les ex-CMU-C et ACS et couvre l'ensemble du foyer en fonction des ressources pour les bénéficiaires de l'assurance maladie. Deux schémas sont envisageables en fonction des ressources : la C2S est totalement gratuite, ou la C2S coûte 1€ par jour et par personne. Aussi, les bénéficiaires de l'ASPA et du RSA sont automatiquement bénéficiaires de la C2S (44).
3) L'Aide Médicale d'État (AME), c'est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence (résider en France depuis plus de 3 mois) et de ressources (les ressources prises en compte sont celles des 12 derniers mois). Une fois attribuée, l'AME est accordée pour 1 an. Elle donne droit à la prise en charge à 100 % de vos soins médicaux et hospitaliers dans la limite des tarifs de la sécurité sociale (45).
4) Le dispositif Affection Longue Durée (ALD) qui concerne une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et particulièrement coûteux. Il en existe deux types, les ALD exonérantes et non exonérantes[†] qui ne donnent pas les mêmes droits. Cela permet de définir le taux de remboursement par l'Assurance Maladie. Dans tous les cas, les soins liés à l'ALD sont remboursés à 100%, dans la limite du plafond de remboursement (46).

[†] Si vous êtes atteint d'une maladie grave, évoluant pendant plus de 6 mois et nécessitant un traitement coûteux, les frais de santé liés à votre maladie sont pris en charge au maximum remboursable par la Sécurité sociale (base de remboursement de la Sécurité sociale). On parle d'ALD exonérante. Dans le cas où il n'y aurait pas de traitement coûteux, il est possible d'être en ALD non exonérante**.** Cela signifie que l'Assurance Maladie rembourse aux taux habituels les soins en lien avec la maladie. Cependant, cela permet de bénéficier d'un arrêt maladie de plus de 6 mois et de la prise en charge des transports (sous certaines conditions).

Une complémentaire santé est un contrat qui a pour but de compléter les remboursements de la Sécurité sociale dans les champs de la maladie, des accidents et de la maternité. Ces contrats permettent une prise en charge de tout ou partie de ces dépenses (47). En 2019, 95% de la population était bénéficiaire d'une couverture maladie complémentaire ou mutuelle, individuelle ou collective, pour financer les dépenses non couvertes par l'assurance maladie. Près de 9 salariés sur 10 sont couverts par un contrat collectif (48).

Critère n° 3 : Les dettes

L'auto-questionnaire sur la perception de la fragilité économique : « Êtes-vous préoccupés par une ou plusieurs dettes ? »

Dans le score EPICES la question des dettes n'est pas abordée, l'approche est plus globale et concerne les difficultés financières. La question des dettes est en effet plus discriminant et est un critère plus objectif. C'est ce critère d'objectivité qui a motivé notre choix.

C. Le cadre règlementaire

« Toute création de fichier (informatisé ou non) contenant des données personnelles doit faire l'objet d'une demande d'enregistrement à la CNIL », d'après les règles fixées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés dites « Informatique et libertés ». Nous avons donc réalisé une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) par le biais du formulaire MR-03, destiné à la « recherche en santé sans recueil de consentement mais avec nécessité d'information de la personne concernée » (Cf annexe E). Nous sommes dans le cadre d'une étude non interventionnelle décrite par la loi Jardé, la déclaration au Comité de Protection des Personnes (CPP) ainsi que l'avis d'un comité d'éthique n'est donc pas nécessaire.

Nous avons choisi de faire signer un consentement écrit aux participants, ainsi que l'accord de bonne restitution de la carte cadeau.

D. Les structures partenaires

Ce projet d'étude qualitative a pu voir le jour, en travaillant avec des partenaires travailleurs au sein de structures d'usagers précaires, sur toute la région Nouvelle-Aquitaine. Nous avons démarché certaines d'entre elles, et ainsi pu mettre en place un groupe au sein même des structures. D'autres

nous ont contacté à la suite du Comité de Pilotage MsST de mars 2022 à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bordeaux, lors duquel le projet d'étude a été évoqué (Cf liste des structures en annexe H).

E. Le budget

Comme énoncé précédemment, chaque participant a reçu une carte cadeau d'une valeur de 20€. Aussi les groupes de discussions étaient organisés autour d'un temps convivial. C'est à partir de ces éléments qu'a été calculé le budget de l'étude. Le budget total de l'étude s'élève à 999,65€ (Cf détail en annexes I, J et K). Pour ce qui est du financement, il est prélevé sur le Fond d'Intervention Régional (FIR) en Prévention et Promotion de la Santé (PPS) de l'ARS Nouvelle – Aquitaine, attribué à la COREADD, et plus précisément à l'axe 3 : le Tabac, qui regroupe l'ensemble des actions de formations, Comité de pilotage, accompagnement des acteurs lors du MsST ou encore d'étude comme dans ce cas.

F. Le calendrier

Février – Mars 2022	- Contact des structures ou associations pour expliquer les objectifs et le temps convivial – Recrutement - Réalisation de la grille d'entretien 3-4 questions, schéma entonnoir avec des questions ouvertes et des questions de relance - Réalisation d'une fiche explicative projet de recrutement pour les structures - Préparation de la fiche de consentement écrit pour les participants d'utilisation des verbatims après anonymisation - Commande des cartes cadeaux - Préparation fiche de « précarité » à faire remplir - Emprunt photolangage® à l'IREPS Nouvelle Aquitaine
Mi-mars	- Point général avec les coordinateurs de l'avancée du recrutement et dates fixées
Avril – Mai 2022	- Déroulé des groupes de discussion avec 2 animateurs COREADD. - Recueil des données et retranscription des verbatims par l'animateur lui-même à l'aide du pack office 365
Mai - Juin 2022	- Rédaction synthèse
Juillet 2022	- Restitution de l'étude
Aout 2022	- Codage des données - Écriture du rapport

G. Construction de la grille d'entretien

Pour la réalisation de la grille d'entretien, j'ai été aidée par l'équipe de la COREADD. Aussi, la grille a été soumise à des partenaires travaillant au quotidien en interactions avec le public précaire.

1. Objectifs de la grille d'entretien

L'objectif de la grille d'entretien est d'avoir un support d'animation commun pour les animateurs. Elle permet de faire exprimer aux participants leurs avis sur les thématiques ciblés. Le déroulé pour notre étude est pensé pour :

- veiller aux questions ouvertes et non stigmatisantes ;
- aborder tous les thèmes souhaités ;
- durer une heure au maximum.

2. Les thèmes

La grille d'entretien a été créée en distinguant trois grands thèmes :

- Le profil tabagique

L'objectif de cette partie était d'initier les discussions, débuter les échanges afin de permettre à tous les participants de prendre la parole pour se mettre en confiance et de mieux comprendre le profil de chaque participant. Nous avons choisi d'utiliser un outil spécifique pour cette partie : le photolangage® (cf. descriptif ci-dessous).

- Les contraintes et leviers à l'arrêt du tabac

Le deuxième thème explorait les expériences de tentatives d'arrêt du tabac si elles existaient, ainsi que les freins et les leviers associés à celles-ci ou aux envies actuelles. Nous abordions également toutes les aides associées au sevrage tabagique.

- Le Mois Sans Tabac et sa redynamisation

Le troisième thème s'articulait essentiellement autour de la campagne MsST. Le but était de recueillir les impressions, avis et ressentis sur les précédentes campagnes et faire émerger des idées ou actions susceptibles de déclencher un engagement dans la campagne. En plus des idées spontanées des participants, il était passé en revue les différents médias de communication et les idées préalablement évoquées par l'équipe de la COREADD ou d'autres partenaires.

3. Le photolangage®

Pour l'ouverture des groupes de discussion, nous avons choisi d'utiliser un photolangage®. Il s'agit d'un outil très puissant sur le plan des émotions, tout en faisant émerger les représentations d'une

personne sur une donnée thématique. Dans notre étude, le but de l'utilisation de cet outil était vraiment d'ouvrir le dialogue et de permettre un tour de table de présentation non ordinaire dans un cadre convivial et bienveillant.

Nous avons utilisé l'outil de photolangage® « Jeunes, prises de risques de conduites addictives » de Claire Bélisle et Alain Douiller qui nous a été prêté et conseillé par l'IREPS Nouvelle – Aquitaine – Antenne Charente – Maritime. Nous avons conservé 17 images de cet outil, les images qui évoquaient les conduites à risque, consommation de drogues illicites et problèmes relationnels ont été retirées pour rester dans notre cadre d'échanges (Cf annexe G).

Une question tâche était posée à l'ensemble du groupe (49) : « Choisissez la photo qui représente la mieux votre consommation tabagique actuelle ». Chaque participant disposait de 5 minutes pour regarder attentivement les images sélectionnées et en choisir une. A l'issue des choix, il était indispensable de bien préciser que chacun conserve son choix de départ, même si plusieurs personnes choisissaient la même image. Un tour de table était enfin proposé afin que chaque participant puisse se présenter rapidement et explique en quelques mots pourquoi il avait choisi cette image.

4. Expérimentation de la grille

Nous avons décidé de réaliser un groupe test (« groupe à blanc »), afin de vérifier la pertinence de la construction de la grille ainsi que la durée du déroulé des discussions. Ce test a eu lieu la 13 avril 2022 à la mission locale de St Jean d'Angely. Ce fut l'occasion de mettre en pratique la grille d'entretien. Au regard des retours très satisfaisants de ce test, nous avons décidé de l'inclure à l'étude comme étant le premier focus groupe. Aucune modification n'a été réalisée sur la grille.

Les focus groupes ont été réalisés avec des groupes d'une à six personnes. Un salarié de la COREADD et moi-même étions présents à chaque fois.

5. Accueil des participants

Lors de notre arrivée dans les différentes structures, nous accueillions le groupe en échangeant quelques phrases pour permettre aux participants et à nous même d'être à l'aise. Nous nous installions autour d'une table et laissions à tous l'accès au café, viennoiseries ou repas.

6. Présentation du contexte au groupe

Pour débuter, nous nous présentons, et réalisons un bref récapitulatif des missions de la COREADD. Nous informons également le groupe du contexte et des objectifs de l'étude. Nous remercions ensuite chaque personne d'avoir accepté de participer à ce focus groupe, et précisons que toutes les données seront anonymisées. Nous rappelons également les règles de bienveillance pour le déroulé de la discussion.

7. Déroulement de l'entretien

Chaque thème de la grille d'entretien était ensuite abordé successivement, avec des relances. A la fin de chacun des thèmes, nous laissons la parole libre à chacun des membres du groupe pour qu'il puisse librement ajouter des choses qui lui semblaient importantes, ou bien compléter une réponse qu'il nous avait fourni.

8. Fin de séance

A la fin des échanges, nous faisions remplir deux formulaires aux participants :

- Un formulaire attestant qu'ils avaient bien participé à l'échange, attestant l'accord d'utilisation des dialogues enregistrés, ainsi que l'attestation de bonne réception de la carte cadeau (Cf annexe F) ;
- Un formulaire de recueil des données associées à la précarité ainsi qu'à l'âge et au sexe (Cf annexe D).

H. Le recueil et retranscription des données

1. Le recueil

Le recueil des données a été réalisé par l'enregistrement du contenu de l'ensemble des focus groupe. Le dictaphone d'un smartphone a été utilisé pour enregistrer les échanges. J'animais les échanges ce qui a permis une uniformité dans les thèmes abordés ainsi que leur succession.

2. La retranscription

Afin de pouvoir analyser ces résultats, nous les retranscrivons en intégralité les échanges, de manière anonyme, grâce à la fonction « Transcrire » du Pack Office 365. Chaque transcription est relue et corrigée mot à mot. Nous obtenons ainsi le corpus de texte.

Les données ayant été anonymisées au moment de l'enregistrement, nous avons attribué un code allant de 1A à 7A pour chaque participant. Les chiffres correspondants au numéro du focus groupe et la lettre à leur disposition autour de la table lors du groupe.

Les caractéristiques associées à la précarité, ainsi que l'âge et le sexe étaient insérées dans un tableau, de manière anonyme.

I- L'analyse des données et la théorisation ancrée

L'analyse des données a été réalisée selon le modèle de la théorisation ancrée. Un codage du corpus a été effectué à la suite des retranscriptions, le modèle de la théorisation ancrée se veut itératif, « c'est-à-dire que la production et la vérification de la théorisation procèdent par approximations successives jusqu'à la validité et la fiabilité voulues » (50). Il s'agit de construire une théorie à partir des données recueillies empiriques. L'analyse est fondée sur la méthode de la comparaison constante entre les données d'analyses et les données du terrain (51).

Chacune des retranscriptions a été codée par les deux animateurs du focus groupe en question, permettant la triangulation des données. Cette technique consiste à ce que chacune des personnes présentes lors du focus groupe mette en évidence les thèmes abordés, qui sont ensuite mis en commun et discutés. Le choix d'adopter la triangulation est un choix stratégique, ayant l'objectif de contrôler les biais éventuels (52). Le but est de faire consensus sur les thèmes mis en avant lors de chacun des groupes. Cette méthode de triangulation est très intéressante car nous nous sommes aperçus que des choses énoncées lors de l'entretien peuvent être interprétées différemment et placées sous différents thèmes. La triangulation consiste finalement à recouper les données en y faisant rentrer les représentations de chacune des personnes du « groupe stratégique » (53).

Pour le codage, nous avons réalisé une grille d'analyse, à partir de la grille d'entretien des focus groupe.

La première étape du codage est un codage dit ouvert. Il s'agit de fragmenter en groupes de mots, ou phrases le corpus initial et de les lister pour faire émerger les principaux thèmes. Ces éléments sont appelés des nœuds et permettent déjà d'appréhender des catégories et sous catégories.

La deuxième étape du codage consiste à comparer les nœuds créés, puis à les combiner. Il s'agit d'un codage axial.

La troisième étape du codage est dite sélective. A partir des précédents codes on construit la théorie en établissant des connexions. Il s'agissait d'une phase d'interprétation où les idées et les thèmes sont

réorganisés afin de dégager les concepts exposés et les avis exprimés. Ceci permettant une meilleure lisibilité de l'ensemble (54).

V- RESULTATS DES GROUPES DE DISCUSSION

A. Caractéristiques des entretiens

Entre le 13 avril 2022 et le 20 juin 2022, nous avons réalisé 7 focus groupe dans toute la région Nouvelle-Aquitaine. Parmi ceux-ci :

- 3 se sont déroulés dans l'ex-Poitou-Charentes : l'association de l'ARCHE à Saint Jean d'Angely avec 4 participants, la mission locale de St Jean d'Angely avec 6 participantes, le dispositif Convergence à Angoulême avec 5 participants ;
- 3 se sont déroulés dans l'ex-Aquitaine : CAARUD AIDES[‡] de Pau avec 4 participants, CES de Bayonne avec 3 participants, Fondation COS avec 6 participants ;
- 1 s'est déroulé dans l'ex-Limousin : CRESLI de Limoges avec 1 seul participant.

Concernant les lieux des focus groupe, 2 ont été réalisés en milieu rural, 4 en milieu urbain, et 1 avec un public mixte. Ainsi nous avons couvert tout le territoire néo-aquitain.

D'une manière générale, les focus se sont très bien déroulés. Les interrogés étaient très participatifs malgré une dépendance marquée au tabac. Certains focus ont nécessité plus de relances que d'autres, afin d'aller chercher de nouvelles idées et de poursuivre le développement des discours. Ces relances pouvaient prendre la forme, par exemple, de reformulations des mots prononcés ou de nouvelles questions sur un sujet très proche afin d'inciter la personne à poursuivre la notion évoquée.

B. Caractéristiques des participants

Un tableau résumant les caractéristiques détaillées des participants est consultable en annexe L. Les principales caractéristiques sont les suivantes :

- Parmi les participants, 20 étaient des femmes, et 9 étaient des hommes (sex ratio= 0,45) ;
- La moyenne d'âge était de 42,9 ans, avec un âge minimal de 19 ans, et un âge maximal de 73 ans ;

[‡] AIDES est une association française, fondée en 1984. Elle est membre de la Coalisation Internationale SIDA, et intervient sur l'ensemble du territoire auprès des personnes séropositives et des populations les plus vulnérables au VIH et aux hépatites (55).

- 34% avaient renoncés à des soins dans l'année passée pour des raisons financières ;
- Tous étaient couverts par la CPAM (100%), 28% étaient titulaires de la C2S et 21% sous ALD ;
- 62% étaient détenteurs d'une complémentaire santé ;
- Quant à la couverture sociale, 31% étaient titulaires de l'AAH, et 17% du RSA ;
- 21% se disaient préoccupés par une dette.

Ces résultats seront discutés plus bas.

C. Présentation des résultats

La présentation des résultats se divisera en 5 grandes parties :

- Les profils tabagiques
- Les freins à l'arrêt du tabac
- Les motivations à l'arrêt du tabac
- La perception du Mois Sans Tabac par les fumeurs précaires
- La redynamisation de la campagne

Les verbatims des participants sont mis entre guillemets en italique, les nœuds identifiés lors du codage sont soulignés. Les annotations entre crochets permettent d'identifier les participants en fonction du groupe auquel ils ont participé (chiffre) et leur position dans la salle (lettre).

D. Les profils tabagiques

1. L'entrée dans le tabac

➢ <u>L'entourage</u>

La principale porte d'entrée reste l'entourage (facilité d'accès) :

- les **pairs** avec l'objectif de **mimétisme** : *« j'ai commencé au collège pour faire comme les copains » [1B] « j'ai commencé avec mon meilleur ami, toutes les conneries, j'ai commencé avec lui » [3A] « j'ai commencé à trainer avec des gars qui fumaient » [3C] « on commence par l'environnement, pour faire comme les autres » [3D] « j'ai commencé à cause d'une bêtise, une copine m'avait demandé si je voulais fumer » ou pour s'**affirmer*** « c'est un peu le truc social à l'adolescence, tu as envie de dépasser tes limites » *[5A]* [6C] « au début je me suis forcé pour m'intégrer pour faire le beau, le grand » [6E]

- les **parents** : *« j'ai commencé en prenant les cigarettes de mes parents » [1D] « quand ma mère a su que je fumais elle me payait mes cigarettes » [2D] « c'est un des rares gestes que j'ai vu faire ma mère […] et j'arrivais à me procurer des paquets très facilement » [3D]*

➢ Des initiations précoces

Avant les années 2010, l'âge de première expérimentation de la cigarette se situait entre 14 et 15 ans (56). De nombreux participants expriment le fait d'avoir **commencé plus précocement que la moyenne** *« j'ai commencé à l'âge de 12 ans » [2F] « J'ai commencé à 14 ans » [2D] « j'ai commencé très tôt, j'avais 8 ans » [3D] « j'ai commencé à 11 ans » [4D].*

Ils se rappellent également une **dépendance rapide** *« j'ai commencé à 15 ans et j'ai très vite été accro »* et certains n'ont **jamais essayé d'arrêter** *« je fume depuis l'âge de 13 ans et je n'ai jamais arrêté » [3A]*

➢ Le marketing et la normalisation

La société d'avant les années 2000 permettait une **communication valorisante du tabac** *« il y avait le cow-boy sur le paquet de Marlboro, dans tous les magazines, il y avait cigarette et alcool » [6E] « moi, je collectionnais les paquets de clopes, pour les avoir tous, les différents » [6E]* et d'une possibilité de **fumer n'importe où** notamment dans les lieux clos *« et à l'époque on pouvait fumer dans les trains, dans les bars dans les salles des fêtes, dans les concerts les discothèques et même dans les avions, moi, c'était à cette époque-là » [6B]*

L'entrée dans le tabac chez la plupart des participants est précoce voire très précoce, encouragée et influencée par l'entourage et par la facilité d'accès du produit au domicile ou dans le cercle de pairs. Beaucoup décrivent également une importante influence des stratégies de marketing des cigarettiers sur leur initiation.

2. Les profils de consommateurs

➢ Des gros fumeurs – fumeurs de longue date

La plupart des participants consomment depuis longtemps *« ça fait 38 ans que je fume, j'ai ce besoin » [3A]* et une consommation journalière supérieure à la moyenne *(*13 cigarettes par jours selon SpF (57)) *: « moi ma grosse boite, elle me fait 2 jours » [6D]*.

➢ Des poly-consommations et des poly-addictions

La notion de co-consommation ou de co-addiction est évoquée :

- Avec le **café** *« dès le matin, le café je fume en même temps » [1C] « moi, je ne déjeune pas mais c'est vraiment le café-cigarette » [5C] « quand je me lève le matin avec mon café, il me faut une clope » [6E]*
- Avec **les jeux vidéo** *« moi c'est surtout quand je joue aux jeux vidéo, je fume ça me garde plus concentré » [1A] « je fume pas mal quand je joue aux jeux vidéo ; j'ai l'impression que quand je joue, j'ai besoin d'avoir une clope en même temps » [2E]*
- Avec le **cannabis** *« moi, je fume aussi beaucoup de joints » [2C] « et moi, je fume beaucoup de CBD aussi parce que ça me détend bien » [2D] « quand je travaille pas je ne fais que fumer des joints » [2C] « moi, je suis aussi un gros fumeur de joints » [3D]*
- Avec **l'alcool** *« l'alcool ça décuple l'envie » [3D] « voilà c'est comme l'alcool » [6E]*

Une personne l'associe à tout : *« moi je suis addict au coca aussi et je fume en même temps. Je bois deux bouteilles par jour » « la clope ça va avec le café, ça va avec le cannabis, ça va avec le chocolat » [7A]*

- Des rechutes

Les rechutes sont fréquentes et peuvent avoir pour origine le mal-être *« j'avais arrêté mais j'ai repris à cause de la dépression ça allait pas du tout » [2B] « j'ai repris parce que je travaille en fast-food et l'ambiance n'est pas super » [2B]*, ou le conjoint fumeur *« je me suis mise avec un garçon qui fume et le fait de le voir fumer ça m'a donné trop envie » [2E]. Aussi certains participants évoquent des périodes d'abstinence longues : « au bout de 2 ans je suis allé au tabac j'ai racheté un paquet » [6E].*

Les participants sont aujourd'hui des fumeurs de longues dates, se décrivant comme gros fumeurs. De nombreuses consommations sont associées à leur tabagisme, pour certains des addictions comportementales ou à une substance. Aussi de nombreux aller-retours sont décrits, montrant une conscientisation de leur consommation problématique au tabac.

3. Les modes de consommation

- Stress, angoisse, dépression, tristesse, émotions fortes – la santé mentale

Une consommation associé à une mauvaise santé mentale : **dépression** *« ma dépendance explique plutôt mon état mélancolique et dépressif » [1C],* ***stress*** *« ma consommation, elle dépend de mon état d'esprit et de mon stress » [2D] « je suis dans une période stressante en ce moment donc je fume beaucoup, ça dépend des périodes » [6F] « la cigarette pour moi, elle est liée au stress » [5B],* ***nervosité*** *« ça dépend énormément de mon humeur, que je suis nerveuse, je fume plus » [2C],* ***tristesse*** *« moi*

quand je suis triste je fume » [3A], ou encore ***colère*** *« effectivement dès que j'ai un choix émotionnel, dès que je me sens irritée, dès que je suis colère bah en fait, c'est un genre d'autodestruction, direct je fume une clope » [5C]. Elle peut apparaitre comme une* ***aide*** *« la cigarette est associée à des traumas, c'est une sorte de béquille » [7A]*

- <u>Incitation de la part du cercle</u>

- **Travail** *« en ce moment, c'est cigarette sur cigarette, surtout au boulot » [1D] « ma consommation elle dépend des boulots où je suis et des collègues […] depuis que j'ai commencé ici je fume plus quand ils sortent ils me disent ah viens avec nous […] sinon j'ai l'impression que j'ai loupé quelque chose » [2B] « au boulot dès qu'il y a une pause c'est clope obligatoire et tout le monde » [3D]*
- **Couple** *« je vis en couple et mon conjoint fume énormément » [2F]*
- **Amis** *« je fume surtout quand je suis dehors avec mes potes » [2C] « c'est aussi le cercle, on se retrouve beaucoup plus facilement entre fumeurs » [3D]*

- <u>En soirée, milieu festif</u>

Fumer est associé au milieu festif *« je fume quand je suis avec du monde quand je bois un coup » [1B] et ils ont tendance à plus consommer de cigarettes « c'est vrai que moi, je fume plus quand je suis en soirée » [2A] « si on fait une soirée avec des gens, on fume beaucoup plus » [6E]*

- <u>Associé à des temps positifs, retrouvailles, détente, entre amis</u>

Intégration de la **cigarette aux échanges conviviaux** *« les deux mecs, ils sont bien avec leur clope, ils discutent » [3A],* facilitant les **échanges** et les **interactions sociales** *« on fume parce que des amis sont venus, parce qu'on se sent à l'aise » [5B] « je fume quand je suis en réunion avec des amis » [6B] « on interagit socialement avec la clope » [7A]*

- <u>Habitudes, rituel, le geste</u>

Une **habitude** de consommation *« c'est plus l'habitude d'avoir quelque chose dans la bouche » [5C] « ça devient automatique » [5B]* « moi fumer et conduite ça va ensemble je ne peux pas conduire sans fumer » [5C], mais surtout, une consommation associée à une gestuelle *« moi aussi j'aime le geste vraiment, j'aime bien rouler » [3D].*

Un moment **ritualisé** *« je ne me vois pas boire un café sans clope c'est un rituel »* [6D] « moi j'en fume plus que 5, mais c'est bien ritualisé, une le matin, une à midi, une à 4h, une le soir » [4A] rendant l'arrêt *plus difficile « je suis pas encore prêt pour [arrêter] celle du soir après le repas ou celle du matin » [3D]*

- La personnification du produit

« j'ai toujours une cigarette sur moi mais je négocie avec elle » [5C] « des fois je laisse mes clopes à la maison et je sais pas si j'ai plus envie de rentrer pour ma femme ou pour fumer » [5C]

- L'ennui, l'oisiveté, l'isolement

« l'oisiveté fait que on a besoin de s'occuper les mains » [3C] « dès que je suis seule chez moi c'est reparti » [2D] « quand je suis tout seul un peu tristoune je me fais ma clope et ça me rappelle les bons moments » [3D] « le soir quand je rentre chez moi je fais que ça » [6E] « c'est toujours pas rapport à un manque d'occupation, si tu te lèves, tu vois le temps morose bah tu as que ça à faire » [3C]

- S'occuper, se distraire

« la fille elle se fait chier, elle serait mieux avec un clope » [3A] « moi, c'est associé à l'idée de détente » [3D]

- Choc, deuil, divorce

« je fume depuis des années et surtout suite au décès d'un de mes conjoints » [4C] « là j'ai repris énormément parce que j'ai perdu mon chien » [4A] « depuis que mon père est décédé je fume beaucoup plus » [6D]

- Un besoin

« je ressens ce besoin » [1C] « je fumais parce que mon corps me le demandait » [2E] « la clope répond à un besoin » [7A]

- Une obligation, une perte de liberté

« c'est quelque chose de très fort chez moi le tabac » [1C] « ce que l'on croit c'est que la cigarette nous donne des libertés, mais des fois on est à table avec plusieurs personnes et on se lève pour aller fumer, on a la chaine accrochée au pied, moi elle me commande la cigarette » [5C] « j'ai de la peine pour moi » [5A] « moi c'est négatif à fond je suis complètement dépendant » [6E] « moi c'est h24 c'est plus un moment plaisant non plus » *[3C]*

- Un apaisement

« je fume pour me calmer » [1A] « j'associe le fait d'être tranquille et d'être bien avec la cigarette » [5B] « ça m'apaise, ça me fait oublier un peu mon histoire » [6C] « la clope soulage » [7A]

La cigarette est décrite pour beaucoup comme un besoin, un apaisement et est énormément ritualisée au cours de la journée. Elle est associée au stress, à la tristesse voir même à la dépression ou des moments de chocs et répond à l'isolement et l'oisiveté. Aussi c'est l'alliée des soirées, moments positifs et festifs et des retrouvailles. Parfois personnifiée, elle est très souvent liée à une perte de liberté.

4. Le vapo-fumeur

Les « pour »

- <u>Réduire sa consommation</u>

Utilisation différente d'une personne à l'autre : *« là j'ai acheté une vapoteuse, et ça m'a permis de gagner un paquet de tabac tous les 5 jours » [6C]* ou plus importante *« moi depuis que je vapote je ne fume plus que 5 cigarettes » [6A] « moi depuis que j'ai pris la VAPE je fume une cigarette le matin, une le soir, c'est beaucoup mieux quoi ça me fait 4 clopes par jour » [6E]*

- <u>Aspect pratique, fumer partout, respectueux, discret</u>

« moi je suis pour la cigarette électronique, c'est trop hypant[§], c'est ma femme, je la traine partout […] je peux fumer dans ma chambre, le truc [détecteur de fumée], il sonne pas et ça c'est formidable » [3B] « on peut fumer discrètement dans le train, dans les toilettes du train pour les longs trajets, c'est pas mal » [3D] « je remarque vraiment qu'au niveau de la bouche, des dents, de la gorge et des poumons c'est beaucoup moins nocif » [3C]

- <u>L'importance des pairs dans l'initiation</u>

*« la première cigarette électronique, c'est un ami qui me l'a conseillé et j'ai tout arrêté comme ça de but en blanc » [4D] « j'ai été conseillé par un ami à moi qui s'y connaissait, il m'a dit viens je vais t'expliquer, il m'a prêté son ancienne » [*7A]

Les « Contre »

- <u>Technicité compliquée, coût, déplacer l'addiction, l'avoir à la bouche toute la journée</u>

Une technicité qui décourage *« avec le liquide, la résistance l'ampérage, ça devient plus compliqué que d'aller au bureau de tabac » [3D] « pour moi l'électronique c'est impossible » [5C] « les VAPE ne sont pas très fiables non plus » [3D]*

[§] *Hypant : anglicisme familier signifiant être à la pointe de la mode*

Le prix *« et puis ça reste quand même un certain budget » [3D] « il faut trouver celle qui nous convient, et ça revient très cher »* [5B]

Une mauvaise expérience *« je tire hyper fort dessus, le truc il suinte » [3D]* « mais moi, je me crame, je tire tellement fort dessus, j'ai que le goût de cramé » *[3D]*

Un transfert de dépendance *« après la VAPE, on la prend plus facilement ; on est vite tenté de l'avoir toute la journée à la bouche » [3C]* « au final c'est décalé sur autre chose » [5A]

La VAPE est inscrite dans le quotidien de grand nombre des participants en premier lieu pour réduire sa consommation de tabac, ce qui fait d'eux des vapo-fumeurs. Les pairs jouent un rôle prépondérant dans l'initiation à cette pratique. Même si beaucoup la décrivent comme très pratique et respectueuse, voire une sauveuse, d'autres exposent un déplacement de l'addiction vers un autre produit et révèlent sa technicité et son coût.

5. Des astuces mises en place

➢ <u>Réduire sa consommation</u>

- Changer d'entourage *« j'ai arrêté de trainer avec ma bande pote parce qu'ils font que fumer ; c'est fumer et alcool » [1A]*
- Occuper le temps libéré par l'arrêt de la cigarette *« j'essaye de m'occuper, je nettoie beaucoup, la vaisselle » [1E]*
- Agir sur le nombre de cigarette ou la façon de fumer *« j'essaye de ne pas trop aspirer » [5C] « là ce matin j'ai pas fumé parce que j'ai pas mal fumé hier, j'essaye de dealer avec moi-même » [5A] « j'essaye depuis 2 mois toutes les semaines de réduire une cigarette par jour » [5A] « moi j'arrive à réduire en fumant 2/3 taffs par 2 ou 3 fois […] ou sinon essayer de repousser la première du matin le premier jour 10 minutes après le café, le deuxième jour 20 minutes, le troisième 30 minutes et cetera*» [5C]
- Remplacer la gestuelle *« moi je fais la technique du stylo, j'enlève tout ce qu'il y a à l'intérieur pour aspirer, et pas fumer quoi » [3A] « pour m'aider à diminuer je mange beaucoup de chewing-gum » [2B]*

➢ <u>Fumer moins cher et moins nocif (des fausses croyances)</u>

Certains participants tentent de réduire les risques pour leur santé avec de mauvaises informations :

Le tabac naturel est moins nocif que le tabac industriel « j'ai la chance de fumer du tabac naturel, c'est-à-dire juste séché […] il n'est pas galvanisé par énormément de substances […] c'est marqué

complètement naturel dessus » [3D] « la blonde est la pire, il vaut mieux du tabac à rouler ou des cigares » [3D]

Le tabac naturel est plus économique « et le tabac naturel, c'est 100% moins cher mais c'est pas 100% aussi bon » [3D]

Enfin, des nombreuses astuces sont mises en place et pensées pour réduire sa consommation, fumer moins toxique et moins cher, mais souvent fondées sur de fausses croyances.

E. Les freins à l'arrêt du tabac

1. Une situation de vie

- <u>Rue – La précarité</u>

« la dernière fois que j'ai vraiment repris c'est la dernière fois que je me suis retrouvé à la rue » [3C] « il m'arrive tellement de trucs ces derniers temps que je suis vraiment pas dans la bonne situation pour arrêter » [3D]

- <u>Cercle, les pairs</u>

« je voulais arrêter mais c'est l'influence de toutes les personnes qui fument autour de moi » [2D] « on se retrouve tout le temps avec des fumeurs » [3C] « j'avais arrêté et j'ai refumé à cause de mon fils il m'a donné une cigarette à un premier de l'an, et j'ai refumé de plus belle » [4A] « vivre seule c'est très bien, personne vous incite, vous empoisonne » [4A]

- <u>Manque de volonté – pas le déclic</u>

« ce qui me manque c'est la volonté voilà ! ça s'achète ? » [2D] « arrêter je ne me sens pas il faut un déclic » [2C] « mais là je ne pense pas avoir la volonté » [3C] « il y a une partie qui doit venir de moi il faut que je me prépare et au bout d'un moment que je dise stop » [5B] « moi j'ai pas envie d'arrêter voilà » [6E]

- <u>Craving, manque</u>

Un craving persistant *« attendre une heure de réunion sans fumer pour moi c'est pas possible » [2E] « je ne suis vraiment pas prêt physiquement parce que l'envie elle ne passe pas du tout » [3D].*

Certaines personnes expriment des envies allant au-delà des symptômes de sevrage d'un mois. « quand j'ai arrêté, j'ai gardé pendant 8 mois tous les jours l'envie de fumer » [2E] « l'envie du midi après le repas, elle est horrible » [2E]

Un craving dû au sous dosage de TNS *« pendant 6 mois avec les gommes, ma tête me réclamait toujours » [2C]*

Un manque dû à la perte de la gestuelle ou au rituel « C'est cette sensation du fumer en fait qui me manque » [3C] « le problème c'est que je n'arrive pas à supprimer cette dernière, c'est dur, c'est le matin après le petit déjeuner » [4C] « ça me manque, il me manque quelque chose » [4A] « moi c'est plus la réaction vis-à-vis du manque que j'essaye de travailler parce que c'est une addiction » [5A]

2. Le contexte et le produit

- <u>Facilité d'accès</u>

« dès que je vois un paquet de clope j'ai envie » [2A] « mais dès qu'on voit un paquet on fume » [5C] « dès que je peux avoir une cigarette je la prends » [5C] « et c'est quand même aberrant vous allez au bureau de tabac il y a des gamins quoi » [4D]

- <u>Des incitations permanentes</u>

« dans la rue tout le monde fume » [3D] « quand tu traines avec des potes qui fument tu peux pas quoi arrêter » [5A] « on voit tellement de gens fumer dans la rue » [7A] *« en France tu vois tout le monde avec une cigarette dans la rue, donc c'est impossible d'arrêter » [1A]*

- <u>Pays, lobbys, le marketing, lois, les pubs, les additifs</u>

« t'inquiètes que l'état lui il est content vu comment il taxe » [4D] « et les petits paquets roses maintenant pour les prendre au berceau » [4A] « l'économie française nous pousse à fumer c'est vraiment ce qui fait rentrer de l'argent dans ce pays, donc on nous pousse à la consommation par rapport aux autres pays » [1A] « c'est hypocrite parce qu'à une certaine époque c'était dans le pub partout, on nous a quand même rendu accros à ça » [5A]

- <u>Le refus de la dépendance à la nicotine</u>

« la cigarette c'est surtout la nicotine, c'est la drogue la plus traitre » [5C] « la cigarette c'est la réponse à tous les maux, mais la nicotine, elle est derrière ; elle attend la petite opportunité » [5C]

- <u>La difficulté d'arrêter la cigarette comparée aux drogues illicites</u>

« moi j'en ai goûté des drogues ; j'ai eu des problèmes avec les drogues dures mais la clope c'est le pire » [3D] « l'addiction se déclenche hyper vite c'est comme la cocaïne quoi » [5B]

3. Un manque d'information et de prise en charge

- <u>Minimisation du rôle de la nicotine</u>

« dans le tabac c'est les additifs qui font que je vais fumer davantage et devenir addict, donc commençons par ça » [5B]

- Fausse croyance sur les TSN et « nicotinophobie »

« moi le patch je suis contre ça » [3B] « les patchs je suis pas convaincue de cette histoire » [5B] « les patchs j'avais pas vraiment envie on sait pas ce qu'il y a dedans et quand on entend certains discours » [3C] « on m'a conseillé les patchs mais je n'ai pas encore essayé » [6C] « je fumais tout en ayant les patchs et ça c'est très mauvais » [7A] « moi mon médecin il m'a demandé prescrit des patchs mais je les prends pas je préfère fumer la cigarette » [6D]

- Mauvais dosage, mauvaise utilisation

Une non-utilisation due aux allergies « moi si je me colle des patchs j'ai des marques, c'est tout rouge, j'ai les bras gonflés, c'est horrible, ça gratte, ça démange » [3B]

Une non-utilisation due au sous dosage « je mets un patch sur chaque bras mais je fume, je me dis merde ça sert à quoi ?» [5C] « j'ai les patchs mais franchement je ne vois aucune différence » [5B] « moi les patchs ça commence à marcher mais au début on m'avait sous-dosé donc ça ne marchait pas » [5A] « moi j'ai essayé, ça marche pas les patchs sur moi » [6D] « moi j'ai essayé les patchs mais je fumais le même nombre de cigarettes que d'habitudes » [6C] « j'ai essayé les patchs, une semaine et demie mais ça n'a pas marché » [7A]

- Pas d'information sur la gratuité et problème d'accès

« mais c'est remboursé les patchs ? parce que la dernière fois que j'ai voulu arrêter c'était pas remboursé » [2B]

- Le sujet n'est pas abordé avec le médecin

Par manque de temps « les médecins, ils sont pressés ; ils ont pas le temps donc ils expédient très vite un doliprane et hop » [2B]

Car pas abordé « le médecin ne m'en a jamais parlé je pense pas qu'il savait que je fumais » [7A] « je ne l'ai jamais évoqué avec des professionnels » [7A] « moi j'en ai jamais parlé avec mon médecin, pas du tout » [6A]

Le sujet peut être abordé mais aucune aide n'est proposée *« Celle qui faisait ma chimio, elle m'a demandé si je fume, j'ai dit oui elle a dit c'est pas bon mais rien de concret » [2D] « le médecin je lui ai dit que je voulais arrêter de fumer, il a dit c'est bien » [4D] « on n'a jamais abordé la cigarette » [4A] « mon médecin on avait fait un check-up il m'a jamais dit que c'était pas bien de fumer parce que mes poumons étaient nickels » [3C]*

- *Soins morcelés*

« mon addictologue avait essayé de me guider vers un tabacologue en face mais bon » [3A]

- Rejet monde médical, société trop médicalisée

« je ne voulais pas mais au final il va falloir que je trouve de l'aide » [5C] «aller voir un professionnels c'est quelque part reconnaitre qu'on a un problème et c'est difficile pour pas mal de gens» [7A] « le problème avec le monde médical c'est de trouver des gens en qui on a confiance ça c'est pas facile on a toujours une part de méfiance» [3C] « un médecin ça distribue des pastilles voilà ce que ça fait » [3D] « il faut arrêter de médicaliser la société maintenant tout fait qu'on doit passer par là » [5B]

4. Les conséquences à l'arrêt

- Prise de poids

« quand je ne fume pas parce que je suis obligé, je me réfugie dans la nourriture » [2F] « je veux pas arrêter pour replonger dans d'autres problèmes comme la prise de poids c'est pas bon » [2C]

- Irritabilité, stress, anxiété

« quand je ne fume pas j'ai beaucoup moins de patiente, je crie beaucoup je perds patience plus facilement » [1E] « j'essaye de prendre sur moi mais ça me mets le nerfs » [2B] « il faut quelque pour compenser j'ai dû prendre des anti-dépresseurs » [2C] « si on arrête comme ça on sautille sur place » [5B] « ma fille elle avait arrêté, elle s'est disputé avec sa mère, la première chose elle a repris une cigarette pour se calmer » [5C] « première fois que j'ai arrêté, j'étais nerveuse, hyper stressée » [5B]

- Un « divorce »

« moi, je dois arrêter pour des raisons des santé et là c'est le divorce » [5B]

- Attachement à un rythme de vie, fin d'une ère

« le problème c'est de déloger ces habitudes c'est très compliqué » [5B] «la clope met dans une zone de confort et il faut réussir à en sortir » [7A] « moi la cigarette c'est un mode de vie » [3D]

5. La maladie

- Pas un argument suffisant

Malgré les risques pulmonaires *« je suis asthmatique et j'ai été hospitalisée, pendant cette période j'ai arrêté et j'ai essayé de perdurer à ma sortie mais j'ai repris je pouvais pas » [2F] « quand on a une bronchite, une angine, on se retrouve à fumer contre son gré » [3D]*

Malgré la survenue de cancer *« en 2014 j'ai eu le cancer du sein, donc je devais arrêter mais c'était impossible, j'avais essayé mais je ne peux pas » [1D]*

Malgré des symptômes conséquents *« je me suis retrouvé à cracher du sang à 21 ans j'ai vraiment voulu arrêter absolument […] j'étais hospitalisé mais je fumais quand même et c'était dangereux » [3D]*

« je vomissais du sang, j'étais à l'association, et dès que je fumais une cigarette je vomissais le sang » [4A] « pour moi j'ai compris qu'il fallait que j'arrête parce que je suis malade mais c'est pas un élément suffisamment déclencheur parce que ça va pas améliorer des masses » [5B]

- Paradoxe (on sait que ça va mieux quand on peut refumer)

« et après en étant rafistolé on peut ré-augmenter très facilement la consommation de tabac parce qu'on se retrouve avec les poumons beaucoup plus ouverts, renouvelés […] ça passe tout seul » [3D] « je l'ai vu à travers une personne, dès que son médecin lui a dit ça va beaucoup mieux, il a repris, il a racheté un paquet de clope » [3C]

La connaissance ou même le fait de développer une maladie liée au tabagisme ne suffisent pas, pour certaines personnes, à maintenir une motivation continue à l'arrêt.

6. La stigmatisation, pression sociale et marginalisation

« c'est très compliqué, c'est une pression énorme, on ne rend même pas compte » [5B] « mais on est rejeté, abandonné de la société » [3D] « le fait de fumer ça nous met en marge de la société, on n'a même pas le droit de tousser déjà, on nous regarde mal, c'est hypocrite » [5B]

Les freins à l'arrêt du tabac chez la population cible sont principalement liés aux situation et contexte de vie de celle-ci dans la société : pas propices aux changements et stigmatisantes. Aussi le manque d'information, de prise en charge médicale du tabagisme ainsi que l'hostilité aux différentes aides envisageables sont cités au premier plan. Beaucoup relève des peurs anticipées à l'arrêt et au divorce avec le produit, et sont ambivalents quant au rapport avec la maladie (pouvoir refumer est alors synonyme de guérison).

F. Les motivations à l'arrêt

1. Argument économique

- Se faire plaisir

« ce qui m'a motivé c'est de calculer combien je dépensais et de voir qu'avec ça je pouvais rembourser un prêt tous les mois pour m'acheter une voiture » [7A] « j'ai fait le calcul, un paquet par jour pendant 1 an, ça fait 6000€ c'est un beau voyage » [6F] « c'est vrai que maintenant j'arrive à me faire plaisir je fais du shopping » [4C] « quand tu vois tout ce que tu dépenses tu te dis ah oui je pourrais m'offrir plus de chose, plus de plaisir » [2F]

- Loisirs

« quand j'ai arrêté j'achetais à peu près 10 CD par mois parce que je ne fumais plus et là je ne peux plus en acheter » [6D]

- Le budget

Le tabac représente un budget conséquent notamment pour des petits revenus *« là on est en fin de mois c'est compliqué je n'ai pas de quoi me payer des roulées » [3D] « c'est 14€ la boite de tabac et ça me fait 2 jours vous imaginez ? » [6D] « c'est un très gros budget » [6C] « un des arguments c'est aussi le pognon, ça fait économiser c'est impressionnant » [7A]*

Cette dépense ampute le budget dans certains foyers *(remarque : les bureaux de tabac faisaient partie des commerces ouverts pendant la COVID) « ça empiétait sur la nourriture à la maison et je voulais pas les priver [ses frères] de nourriture » [2B]*

Et peut mettre en difficultés financières *« moi j'ai même fait un crédit pour acheter des cigarettes, j'étais tellement en manque que je n'avais pas le choix » [4C] « oui bah quand tu peux plus mettre du gasoil » [4A] « peut être si le paquet monte à 30€ j'arrêterai » [6D]*

2. La maladie

- Peur d'être malade – la maladie

« il faudrait que je puisse plus respirer un truc comme ça un truc de santé » [2D] « j'ai arrêté quand j'ai eu un cancer du sein, voilà par peur de rechuter » [2C] « j'ai arrêté parce que j'avais peur d'être malade » [4C]

- Améliorer son état de santé

« j'avais une bronchite et ça a directement disparu » [2C] « ça améliore vraiment l'existence » [7A]

- Choc, épisode psychologique

« un jour gros choc émotionnel et dépression et il y a eu un déclic, je me suis dit ça va pas du tout » [5A]

- Dégout, mauvaise expérience

« ce qui m'a vraiment dégouté c'est qu'une fois j'avais plus de cigarette, une copine m'a passé une gauloise, je me suis retrouvée avec une gueule de bois, c'est vraiment pas bon » [4B] « avant j'étais pas consciente que je m'empoisonnais » [5A] « j'ai envie de créer un dégoût pour la cigarette » [5A]

3. Les aides et l'accompagnement

- Gratuité des TSN

« ah bah si c'est gratuit je vais demander une ordonnance au médecin la prochaine fois » [6C]

- Soutien d'un groupe d'une communauté et des pairs

« les groupes ça permet de prendre conscience qu'on est pas seul, c'est une très bonne chose » [7A] « le cercle amical c'est super important » [7A]

- Parole, dialogue, se sentir écouté

« il faut être entouré se sentir écouter, le pharmacien c'est un bon maillon de la chaine il est au plus proche dans l'intimité » [7A] « moi c'est l'équipe de l'addictologie quand on fait des groupes qui m'a beaucoup aidé, le dialogue, parler ça fait du bien » [4C]

- Se baser sur des relations de confiance (structures ou pro de santé)

« c'était bien les groupes, elle a une bonne tête [le travailleur social] et le courant est bien passé » [4C] « faut que ça accroche parce que j'ai essayé avec plein de gens avec qui ça passait pas » [4A] « mon addictologue pour l'alcool c'était quelqu'un de fantastique il était génial » [3A]

4. Soi et le rapport aux autres

- Association à la liberté, la nature

« moi quand je suis dans la nature je ne fume pas […] la liberté c'est ce qui me manque, avoir un jardin […] je respecte la nature » [4A] « quand j'aurai trouvé de quoi m'occuper, un jardin, la cigarette, ce sera fini » [4A] « c'est moi seule qui vais devoir faire le changement » [5B] « moi quand je suis dehors je ne fume quasiment jamais de cigarette, je les prends pas quand je marche » [6C]

- Changement d'environnement

« le fait de vivre dans un appartement où on ne fumait pas » [2E] « j'étais au Venezuela, on ne trouve pas la cigarette, alors on ne fume pas, on ne pense même plus à la cigarette » [5C] « non mais il faut être occupé quoi » [4A]

- Une date butoir, anniversaire

« je me suis dit bon à 40 ans il faudrait que j'arrête » [3C] « moi je me fixe ma date d'anniversaire tous les ans » [6F]

- Renforcer l'estime de soi, être capable, fierté

« je ne me suis jamais fait aider, j'ai toujours d'abord ralenti puis arrêté » [3C] « tout ce cheminement je l'ai fait sans aide » [3D] « moi quand j'ai arrêté 6 mois j'ai arrêté sans rien » [3A] « moi quand j'arrête c'est tout seul sans rien » [6A] « j'avais réussi à tout arrêter du jour au lendemain, j'ai jeté mon paquet à la poubelle j'ai dit j'arrête » [6E]

- Grossesse – moment positif

« j'ai eu un enfant donc j'ai arrêté et quand j'ai accouché de ma fille, j'ai repris » [2E] « moi j'ai arrêté quand j'ai eu 2 enfants, je suis tombé enceinte j'ai tout de suite arrêté » [2B] « j'ai passé toute ma grossesse sans fumer, sans rien » [3D] « j'ai arrêté il y a très longtemps pendant 2 ans quand je voulais avoir mon fils, je voulais absolument cet enfant » [5B]

- Par amour

« j'ai arrêté pendant 1 an par amour » [2F] « j'ai arrêté de fumer pendant 1 an et demi parce que mon copain de l'époque ne fumait pas et on ne faisait jamais de pause clope » [2E] « dès que je vois mon copain je ne fume pas du tout » [2D] « moi c'est l'amour qui m'a permis d'arrêter de fumer, mon mari que j'ai rencontré et qui m'a fait arrêter de fumer » [4C] « quand je suis avec elle je ne fume que 5 cigarettes par jour parce qu'elle déteste » [6E]

- Pour l'entourage, les autres, petits-enfants, les pairs

« j'avais arrêté par peur de mes parents » [2B] « je réduis je le fais pour ma petite fille depuis que je suis mamie je m'arrange » [3A] « moi c'est pour moi et pour les autres que j'ai envie d'arrêter de fumer, c'est vraiment un tout quoi » [5A]

- Des contraintes

« la cigarette est devenue une source de contrainte plus que de plaisir et il a fallu que je pète un plomb » [2E] « et quand on roule putain elle est trop serrée, ça m'énerve, le tabac il est chiant et cetera, la feuille est déchirée » [3D] « on habite au 4^{e} étage et ma femme est tombée malade du genou […] elle fumait autant que moi mais elle ne pouvait plus descendre et donc elle a arrêté » [5C] « et quand il faut faire 10km parce que tu as plus de clopes » [3C]

Les motivations à l'arrêt du tabac chez la population cible sont l'argument économique, mais aussi la maladie (peur anticipée, volonté d'améliorer son quotidien ou choc), ainsi que les aides (gratuité des TSN) et accompagnements existants. Le renfort de l'estime de soi, les moments positifs comme la grossesse mais aussi les changements de l'environnement et l'altruisme sont moteurs.

G. La perception du Mois Sans Tabac par les fumeurs précaires

1. Une mauvaise perception, un désintérêt

« ça m'évoque rien justement, ça ne me touche pas, ça ne m'interpelle pas » [6A] « moi je suis indifférent, ne pas fumer un mois les fumeurs ils s'en foutent » [6E] « c'est dur sans tabac et puis ça sert

à rien parce que le lendemain ils vont refumer» [6D] « je suis trop accro à la cigarette pour ça » [6C] « moi c'est le pharmacien qui m'avait donné un tract, mais je l'ai pris sans intérêt franchement » [3A] « l'idéal ce serait qu'il existe pas c'est comme la St Valentin c'est commercial et inutile » [3B] « ça ne sert à rien parce que c'est faux pour nous » [5B]

2. **<u>Malgré une bonne identification de la campagne et des bonnes idées</u>**

Une bonne identification de la campagne « les pubs à la TV ça on n'y échappe pas » [6C] « on voit des affiches chez les médecins, c'est bien » [6C] « ils font la promo à la télé » *[3C]*

Un kit apprécié « la roulette, ça c'est une super idée vu le pognon que ça coûte » [7A] « le kit est assez bien sous forme de calendrier » « le kit c'est une super idée, c'est bien fait je trouve » [6C] « ah c'est bien les coloriages, moi j'adore » [5D] « la roulette c'est très bien, c'est très parlant » [4B]

3. **<u>Les ressources ne sont pas assez relayées, manque d'information</u>**

Peu relayé par les professionnels de santé *« mon médecin généraliste m'en a vite fait parler » [7A]* « je suis allée en cure par rapport à l'alcool et ils en ont un peu parlé » [4D]

Manque d'information « on ne sait pas vraiment à quoi ça sert, qu'est-ce que ça génère vraiment ? » *[3C]*

Mauvaises informations *« mais c'est pas gratuit aussi les patchs » [1B] « mais c'est payant le numéro donc non, je voulais appeler pour moi » [6D]*

La campagne MsST est très largement perçue comme étant sans intérêt par les participants. Malgré ça l'existence de la campagne reste bien identifiée et les outils plaisent, mais les ressources sont trop peu relayées et les fumeurs mal informés.

H. Comment redynamiser la campagne ?

1. **Qu'est-ce qui vous inciterait à y participer ?**
    - <u>Faire le lien avec les bénéfices à l'arrêt</u>

- <u>Regain du goût et de l'odorat</u>

« proposer un atelier de reconnaissance de goût ou offrir un repas dans un restaurant pour le faire constater, ou un atelier cuisine » [7A]

- <u>Sport/Activité physique</u>

« permettre de s'abonner dans un club ou un abonnement à la salle de sport » « un conventionnement avec certaines salles de sport pour avoir des séances gratuites ou réduites » [1E]

- Prise poids

« une diététicienne moi ce serait super j'ai tendance à prendre du poids avec l'arrêt de la cigarette je me ressers plus » [4C] « une diététicienne ce serait top oui pour mettre en même temps en place quelque chose de plus sain à la maison » [2F] « au moins un ou deux rendez-vous pris en charge et après on voit au besoin si on veut continuer pour éventuellement payer » [2D]

- Bonne mine

« une crème par exemple ou un soin de la peau » « une esthéticienne c'est super pour prendre soin de soit parce qu'avec la cigarette le teint est pas joli joli, et bien marqué ça marcherait c'est sur » [4B]

- Psychologue

« voir une psy c'est toujours bien oui » [4D] « une thérapie de groupe ce serait bien mais pris en charge » [2F] « le psychologue c'est utile parce que si on fume c'est souvent parce qu'il y a un problème de base et la santé mentale est tellement liée à tout » [2D]

- Permettre l'accès aux loisirs – Se changer les idées

« ouais aller faire de la pétanque » [6E] « moi ce serait des CD ou des places de foot » [6E] « quand je dessine je ne fume pas quand je fais de la musique non plus » [6C] « ce qu'il faut c'est trouver son activité totem et trouver quelque chose pour s'occuper l'esprit » [3D] « oui faire du jardinage, de la peinture de la lecture, enfin des choses bêtes quoi » [3A] « c'est vrai que vivant dans une cage à poule c'est pas très facile de faire autre chose » [1D]

- Encourager la volonté

« chacun doit trouver ce qu'il lui faut pour arrêter c'est mental » [1A] « c'est avant tout une prise de conscience personnelle pour une raison ou pour une autre, c'est le travail que chacun fait sur soi » [5B]

Pour redynamiser la campagne et inciter à la participer, la mise en lumière et l'accès aux différents bénéfices à l'arrêt semblent nécessaires, associées à un accès aux loisirs, une diversification du quotidien et la valorisation de l'engagement personnelle dans cette démarche.

2. La diffusion de la campagne

- La médiatisation

Par les affichages *« L'affichage c'est important évidemment » [7A]* dans des lieux stratégiques ciblant les jeunes *« oui les affiches, il faut en mettre partout à l'école mais au bon endroit, pas dans les couloirs, des endroits où on regarde » [2D] « il faut mettre des affiches et aller dans les boites de nuits, les bars et les PMU, où les jeunes sortent aujourd'hui » [2D] « il faut faire plus de publicité, même des affichages*

en ville » [1B] « un prof nous en avait parlé au lycée, j'avais essayé du coup, j'avais trouvé ça bien » [2A]

A la TV *« la TV, c'est bien tout le monde regarde » [6C] « la TV oui c'est l'idéal » [4D]*

Sur les réseaux sociaux *« tout passe par les réseaux sociaux aujourd'hui mais ce qui est important c'est qui le dit » [2E]*

Par la rencontre physique avec des personnes *« pour moi c'est le contact humain, aller vers les gens. Après tout est bien pour augmenter les chances de créer des déclics ! » [7A]* « il faut aller vers les gens pas mettre le kit dans les boites aux lettres ça va partir à la poubelle » [4D]

- A quel moment ?

Débuter plus tôt la communication dans l'année *: « ce serait bien de commencer à en parler avant, en octobre au moins » [6B]*

Maintenir sur le long terme *« faut laisser le temps au temps mais c'est bien de donner toutes les infos et tendre des perches » [4B]*

- Quels messages ?

Dédramatisation de l'arrêt *« il faut dédramatiser, enlever la dureté du propos » [7A]*

Plus d'images chocs *« c'est pas assez percutant les pubs, moi je montrerais des images percutantes, chocs, une radio des poumons » [4A]*

Des témoignages chocs « moi je pense plus à des vidéos, montrer un témoignage, quelqu'un qui a arrêté de fumer parce qu'il vomissait le sang » [4A]

Des reportages sur les conséquences du tabac « il n'y a pas assez de reportage sur la cigarette, ils en parlent pas beaucoup, des conséquences de la cigarette surtout, un truc qui percute » [4D]

Maintenir la gratuité « le fait que ce soit gratuit ça attire vachement aussi » *[3D]*

Respect des espaces non-fumeurs « même si on le fait pas, respecter l'espace au moins, essayer de se cacher un peu dans la rue » [3D]

- Cibler les différents <u>types de fumeurs</u>

Le public jeune « il faut commencer tôt, dès le collège lycée » [4D] *« l'important c'est de commencer tôt, dans les écoles, c'est essentiel » [5B] « les jeunes seront plus réceptifs alors que les vieux eux de toutes façons ils vont continuer, à 70 quasi mourant toujours en train de fumer leur cigare » [3C] « les paquets de cigarettes sont assez dissuasifs enfin ça marche sur les jeunes, mes frères et sœurs ne fument pas ça les dégoutent » [1B]*

. Nécessité d'une approche plus personnalisée « après il y a différents groupes de fumeurs, je pense que c'est plus difficile de toucher ceux qui ont déjà un certain vécu » [3C] « il faut donner les clés et les différents chemins et chacun doit savoir ce qui est bon pour lui, il y a autant de problématiques que de personnes » [5B]

- Créer des <u>communautés</u> réelles ou virtuelles et <u>aller vers</u>

Pour partager des expériences « oui faire des groupes je vais essayer ça » [6F] sur :

. des exemples de témoignages « favoriser la communication, savoir comment faire avec d'autres gens qui ont déjà arrêtés, comment trouver les solutions » [4D] « moi ce qui me plairait, c'est de discuter avec des gens qui traversent la même chose au même moment » [5A] « organiser un groupe ou un atelier avec une personne qui se serait remis d'un incident qui a eu lieu à cause du tabac » [2F]

. sur le modèle des groupes d'entraide « oui faire des groupes pour aider, ça me plairait sachant que je suis déjà passé par là» [4D] « c'est bien et si ça peut permettre de faire des connaissances et de s'aider » [4D] « quelqu'un est venu nous voir pour parler addiction et tabac et la cigarette électronique ça c'était bien » [6C] « pour moi la meilleure idée ce serait des réunions comme pour les alcooliques, les tabagiques anonymes avec un système de parrain, ce serait génial franchement » [1B] « faire des groupes des réunions un peu comme les alcooliques anonymes ça m'aiderait oui et ça aiderait plus de gens je pense que de rester chez soi » [2F]

Sur les réseaux sociaux « les groupes sur Facebook, c'est un dialogue entre des gens qui ont la volonté » [1C]

Sur le lieu de travail : « ça pourrait être intéressant de proposer dans le milieu professionnel à ceux qui le souhaitent de constituer un groupe et de s'entraider » [1E]

Mettre en avant un signe distinctif *« on pourrait porter un badge savoir si on le fait ou pas » [3D]*

- <u>Influenceurs</u>

« la pub pourquoi pas mais c'est la personne qui est dans la pub qui est important, il faut faire appel à des influenceurs que regardent les jeunes quelqu'un qui a un impact » [2D] « à la télé comme sur les réseaux, il faut quelqu'un d'impactant » [2F]

La diffusion idéale de la campagne MsST passe par les médias déjà bien connus (TV, Vidéos en Ligne, Réseaux Sociaux et affichages). Les messages se doivent d'être percutants et diffusés très tôt (écoles). Une grande importance est donnée au porteur du message notamment sur les réseaux

sociaux. Il est prépondérant de créer des communautés et des groupes de soutien au sein des lieux de vie des fumeurs.

3. La place du professionnel de santé et TSN

« ah bah moi oui je l'aurais bien reçu qu'il m'en parle » [4C] « pas n'importe quel médecin non plus quelqu'un qui s'y connait, un addictologue c'est le mieux » [3D] « si ce médecin-là qui me suivait en qui j'avais confiance m'avait dit oui ce serait peut-être pas mal d'arrêter oui je l'aurais écouté » [3C] « par exemple quand on va à la pharmacie, en même temps que nos médicaments, le pharmacien met un petit flyer et fait une petite explication rapide ou alors donne un patch et des échantillons, pour essayer » [2E] « mettre en libre accès à la mission locale des patchs et pastilles ce serait bien en plus on est pas mal à fumer, ça facilite » [2E]

4. L'amélioration du kit

Moins de texte « peut être le faire un peu plus visuel, moins de lecture, quand on est en état de manque, on ne va pas lire, on va plutôt aller se faire une clope vous voyez » [7A] « c'est trop de lecture y en a qui ne sont pas intéressés à lire tout le temps » [2F]

De nouvelles activités ou défis « proposer plus d'alternatives et de défis sportifs » [7A] « plus de recettes » [7A] « des trucs pour s'occuper les mains, ça c'est bien » [1C] « ou même des méditations mais guidée à l'écrit ou des tutos pour se relaxer ; je trouverais ça chouette, ou avec des QR code vers des applications » [2C]

Communiquer sur les professionnels les plus proches « peut-être avoir une cartographie à l'échelle de l'agglomération, une vision de tous les professionnels à qui on peut s'adresser » [1E]

Communiquer sur la gratuité des TNS « l'information sur la gratuité des patchs ça on le sait pas et ce qui existe » [1E] « il faut mettre toutes les infos dans le kit, tout ce qu'il existe comme médicaments, autres méthodes, les médecins, que c'est gratuit » [1B]

5. Promouvoir les médecines alternatives et les différentes aides

- <u>Hypnose</u>

« j'ai pensé à l'hypnose mais c'est 50€ la séance et j'ai pas osé mais on me l'a conseillé » [2B] « je vais essayer d'aller voir une hypnotiseuse aussi en essayant d'y croire » [5A] « il y a l'hypnose qui est pas

mal, j'ai pensé voir un hypnothérapeute mais j'aurais aimé qu'on me conseille il y en a tellement » [7A] « l'hypnose ça marche très bien, mon père il a fait 2 séances il ne fume plus du tout depuis 1 an » [2C]

- Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC)

« j'essaie vraiment de travailler sur comment l'addiction, comment ça marche chez moi […] c'est observer dans un premier temps combien je fume à quels moments pourquoi » [5A] « Il faut comprendre comment ça marche et désapprendre les habitudes » [5B]

- Kinésithérapie, ostéopathie

« Mon ostéo m'a proposé de faire de l'ostéopathie crânienne ça sert à déloger les tensions » [5B] « je vais voir un kiné ostéo aussi qui est spécialisé dans la médecine chinoise, il m'apprend différentes manières de respirer et je me fais des sessions de 5 minutes et ça va beaucoup mieux […] et j'ai l'impression d'avoir moins envie de fumer c'est vraiment l'impression d'ouvrir le diaphragme comme avec une clope » [5A]

- Acupuncture

« il parait que c'est bien l'acupuncture j'en ai entendu parler, il y en a qui disent que c'est efficace donc je sais pas » [6C] « le problème c'est que ça dépend des praticiens et on sait pas quoi » [4B]

- Gestion des émotions

« les exercices de relaxation ça aide énormément, moi je fais de la cohérence cardiaque avec l'application RespireRelax ça aide pour la gestion du stress et des émotions qui en découlent, ça m'aide à faire le point » [7A]

- Autres

« sinon il y a la phytothérapie qui permet de faire baisser le stress » [5B] « Il y a la PNL aussi » [7A] « j'avais lu le livre de Allen Carr ça m'avait permis d'arrêter 1 an, c'est pas mal » [7A]

Repenser le kit en diminuant la lecture et y faire figurer toutes les ressources, aides et informations relatives à la campagne ainsi que des astuces divertissantes semble être une bonne stratégie. Les médecines alternatives et la place de la gestion des émotions occupent des places étroitement liées à l'engagement dans une démarche d'arrêt du tabac. Aussi la place du professionnel de santé et la relation de confiance avec ce dernier est à solidifier.

6. Des idées spontanées

- Défi réseaux sociaux / Challenge

« mettre en place des défis quotidiens ce serait hyper motivant, il y a un thème ou un défi par jour ça existe pour le dessin ou pour le sport, chacun le fait et partage le soir sur les réseaux, le calendrier est donné un peu avant le début du mois » [2D]

- Service civique

« je pense que ce serait bien de créer des services civiques pour relayer les informations, pour la diffusion […] des jeunes motivés qui viennent vous voir vous demander si vous êtes au courant de ça, vous présenter le kit, vous présenter la roulette » [7A]

- Vidéo

« pourquoi pas faire une vidéo avec 30 images d'une personne qui arrête de fumer et on voit les évolutions visuellement, une vidéo flash une photo par jour pour éventuellement en faire un défi » [7A]

- Renommer la campagne

« je serais plutôt pour un mois de réflexion autour de ce qu'est l'addiction au tabac avec plus de respect qu'on le fait maintenant, l'appeler « Mois de la Conscientisation autour du tabac » » [1B]

Des idées et concepts innovants s'élèvent comme la création d'un défi journalier pendant le mois de novembre, le recrutement de services civiques pour augmenter la notoriété et relayer les informations de la campagne, rebaptiser la campagne en allant vers un mois de réflexion non stigmatisant et cibler sur le sevrage, la création d'une vidéo sur les améliorations visibles du sevrage.

7. L'incitation économique : un sujet qui divise

- Très réceptifs

« Oui c'est une bonne idée, on ne se rend pas compte avec le tabac parce qu'on achète petit à petit, on voit pas sur le long terme. Ce qui serait intéressant, c'est la somme économisée pendant un mois, histoire de doubler l'économie, il faut juste s'en rendre compte» « bah oui comme ça, je pourrais faire du shopping avec mes filles » [6C] « bah moi je m'achèterais une VAPE » [6D] « moi ce serait 10 € par jour, soit le prix de mon paquet » [6A] « moi je dirais 150 € par mois » [6D] « moi 50 € par semaine » [6C] [6E] « moi 150 € par semaine et pour cette somme j'arrête de fumer, c'est motivant » [6F] « oui c'est pour les gros fumeurs » [4A] « moi oui je le fais » [2A] « moi oui pour 672 €, c'est le prix que je consomme en tabac à l'année » [2D] « moi 1200 €, c'est aussi ce que je dépense à l'année » [2D]

- Très mauvais argument

« En France, on ne parle pas pognon c'est un tabou il y a un aspect culturel à prendre en compte » [7A] « pourquoi pas mais pas pour moi, pas d'argent avec moi j'aime pas les histoires d'argent » [4D] « c'est n'importe quoi qui a pondu ça ? » *[3E] « mais moi tu me donnes de l'argent je vais m'acheter des clopes, ou des cartes ou des bons ça s'échange » [3D] « même avec de l'argent ça reste très difficile » [1B] « même si on me les donne je n'y arriverai pas » [1B] « moi je ne pense qu'il faut mettre une somme à ça, ça ouvre à des dérives » [1A] « moi je pense qu'il ne faut absolument pas monétiser ça c'est creuser encore plus l'écart entre les fumeurs et les non-fumeurs tout ce qui est fric c'est une plaie sociale » [5B] « ce serait la pire erreur » [5B]*

L'incitation économique par des bons ou de la monnaie quant à elle ne fait pas un tabac ! Quand certains la voit comme une motivation supplémentaire, une grande majorité répondent sur la défensive et la décrive comme une dérive, un accroissement des inégalités ou même un revenu pour s'acheter des cigarettes.

VI- DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'identifier les propositions issues de la population cible permettant de faire adhérer les personnes précaires fumeuses au MsST. Les objectifs secondaires étaient de répertorier et sélectionner parmi ces idées les réalisables en pratique, en fonction des contraintes et du contexte, d'identifier les facteurs facilitateurs et les facteurs contraignants à l'arrêt du tabac sur cette population cible et enfin de modéliser ces idées afin de trouver des solutions permettant de changer ces comportements.

Il est nécessaire de bien garder à l'esprit que les participants sont des fumeurs ou vapo-fumeurs dans une démarche de réflexion, ambivalents, voire dans une démarche de réduction ou d'arrêt (phases d'intention, de préparation voire d'action selon le modèle de Prochaska et DiClemente (58)) et volontaires pour participer à ces groupes de discussion.

A. Limites de l'étude

1. Limites de la méthode

Un déséquilibre homme - femme

Les limites de l'étude sont principalement associées au choix de la méthode, à savoir l'étude qualitative par des focus groupe. Un des problèmes récurrents de l'étude qualitative reste la représentativité de

l'échantillon. Une majorité de femmes ont participé aux groupes de discussion. L'équilibre homme – femme peut questionner (9 hommes pour 20 femmes). En effet, la parité n'était pas le paramètre recherché mais bien la représentativité des deux sexes, ce qui est le cas ici. De plus, l'intérêt majeur des femmes pour l'étude témoigne de leur plus grand intérêt dans cette démarche d'échanges et des questions autour du tabagisme. La réticence masculine est un élément qui est revenu plusieurs fois au cours des dialogues avec les participants.

Un public précaire mais pas de « grand précaire »

On peut ici s'intéresser sur la représentativité, en effet, même une très large diversité est observée, nous sommes conscients de ne pas avoir atteint toutes les strates de la population précaire (aucun participant de recevant l'AME par exemple), de plus nous n'avons pas dans le questionnaire de précarité abordé la question du logement. Or, aujourd'hui la question du mal-logement est un déterminant prépondérant de la vulnérabilité (59). Le choix de cibler des structures n'accueillant pas de « grands précaires » était tout à fait volontaire. Il s'agit pour cette population, plus encore que pour nos participants, où la notion de santé et du « prendre soin de soi » n'est pas la priorité. Ce public cible spécifique pourrait faire l'objet d'une étude qualitative pour un autre travail de recherche.

Finalement, nous avions à faire à une population précaire « modérée ». Tous les participants avaient connaissance voire accès aux aides sociales, nous n'avons pas eu à faire par exemple à une population migrante.

Des sujets non abordés dans tous les groupes

Aussi un biais de réalisation peut exister, à chaque groupe de discussion, deux enquêtrices étaient présentes pour animer les échanges : moi et une autre personne (différente selon les villes). Cette diversité est propice à ce que certains sujets ou certaines problématiques n'aient pas été abordées de la même façon notamment dans les relances. Aussi les réactions et relances afin d'explorer au mieux les avis évoqués sont personne-dépendantes. Pour finir, en fonction des groupes, certains sujets ont été beaucoup moins explorés.

2. Limites associées aux participants

Une difficulté à mobiliser les participants

Malgré l'inscription des participants, on constate un absentéisme très important, allant parfois jusqu'à 50%. De ce fait les actions nécessitant une régularité et une ponctualité ne sont pas à prioriser. Beaucoup nous rapportent : « on ne sait pas de quoi demain sera fait ».

Des usagers intéressés par le sujet

La résultante du point ci-dessus est que les participants sont des personnes volontaires et ouvertes à la discussion autour du tabagisme. Un grand nombre de participants avaient déjà initiés une démarche de réduction du tabac voire un arrêt de la consommation. Les perceptions recueillies ne concernent pas les personnes réticentes à venir échanger et donc ne sont pas vraies chez tous les consommateurs.

B. Forces de l'étude :

1. Forces de la méthode

Une liberté d'expression

La méthode qualitative semi-dirigée permet de comprendre les avis, laisse aux participants une totale liberté d'expression dans un cadre libre, sans devoir se cantonner à un strict guide d'entretien comme l'exige la méthode dirigée. La durée des discussions (1 heure et 10 minutes en moyenne) permet une grande exploration des discours et des idées, mais aussi diverses reformulations et laisse le temps aux participants d'établir un climat de confiance.

Rappelons que les groupes de discussion n'ont pas vocation à illustrer des hypothèses mais à permettre d'en générer, de produire du sens et de construire la théorie (60).

Le nombre de participants et la diversité des profils

La diversité des profils recrutés, qui plus est en nombre important (29 participants) permet de balayer différents points de vue et conceptions. On observe une très grande diversité des participants en termes d'âge. Il est de même pour la diversité des structures : aides sociales (hébergement, réinsertion, mission locale), aides alimentaires, centre d'examen de santé, Centre d'accompagnent à la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD). Aussi cette diversité des profils et des « grades » de précarité est visible par la variabilité des aides dont les participants sont bénéficiaires.

La variabilité des profils tabagiques, que nous souhaitions également atteindre est un critère plus difficilement mesurable, mais mis en lumière lors des échanges. Les plus jeunes ont des profils addictifs moins marqués en général, avec des leviers à l'arrêt plus légers ; quant aux plus âgés, qui sont des gros fumeurs de longue date avec des addictions, parfois multiples et plus réticents au changement.

L'animation des groupes

Le fait d'avoir participé comme référente à l'animation de tous les groupe permet d'optimiser la reproductibilité dans la méthode et le relationnel, et ainsi permettre une meilleure comparaison des groupes.

Des focus groupe dans un laps de temps court

Un autre point fort réside dans le fait de réaliser de façon rapprochée les focus groupe, permettant d'évoquer certains éléments mis en avant, rebondir ou insister sur des divergences, ainsi que permettre l'affinage de certains points retrouvés dans les premiers entretiens, lors des suivants.

Le double codage

Il permet au maximum d'éviter le biais d'interprétation et la modification des discours, notamment le fait de les rattacher et des idées préconçues de notre part.

2. Forces des partenariats

Les structures avec lesquelles nous avons travaillé se sont montrées dès les premiers échanges très intéressées à participer et à recruter parmi leurs usagers des volontaires pour les groupes de discussion. Selon moi, ces collaborations ont été possibles grâce à l'implantation de la COREADD dans le paysage régional et à ses partenariats déjà très forts et établis. Les consommateurs ont quant à eux été très participatifs, ravis de prendre la parole et très innovants malgré les temps d'échanges de près d'une heure.

De plus toutes les structures sont demandeuses d'une suite et ouvertes à la mise en place de projets à la suite de l'étude.

3. Originalité de l'étude

De nombreuses études abordent le sevrage tabagique, mais différents éléments font l'originalité de cette étude. Nous sommes allées vers les publics précaires, au sein même de leurs lieux de vie dans les structures où ces personnes sont usagères pour s'intéresser à leur perception.

Le coté novateur de l'étude réside sur la remise en question de la campagne MsST dans l'intérêt des fumeurs, et notre volonté d'amélioration de la campagne fonction des attentes du public intéressé et sans cadre établi au préalable de notre part.

Les résultats de l'étude pourront être utilisés afin de modifier les comportements des fumeurs.

C. Interprétation des résultats :

1. La diffusion de la campagne Mois Sans Tabac

Une campagne bien identifiée

D'après nos résultats, nous voyons que les médias de diffusion idéaux restent ceux utilisés actuellement, à savoir les affiches et flyer, la télévision, et les réseaux sociaux. Ces éléments sont cohérents avec notamment le post-test qualitatif de SpF de 2021 mettant en évidence le fait que la télévision reste un média de choix chez les CSP- (23), ainsi que la récente thèse de médecine selon laquelle l'utilisation des réseaux augmente de façon significative l'arrêt du tabac (61).

Un souhait de plus d'images choquantes

Les messages attendus sont des témoignages de vie réelles incluant des images chocs. Ce dernier élément est contradictoire avec les évaluations des campagnes de prévention des années passées. Les images chocs ont un impact sur les jeunes et les non-fumeurs en diminuant les premières consommations (prise de conscience du danger, fin de l'attrait marketing). Concernant les fumeurs réguliers, les résultats sont controversés. Certaines études suggèrent un impact positif sur l'arrêt (62) et d'autres démontrent à l'inverse un effet de réactance avec une augmentation de la consommation (63).

Des outils d'aide à l'arrêt moins connus

La méconnaissance des outils existants par le public cible remet à sa place l'importance de leur diffusion.

Le modèle des pairs aidants et la création de communauté

L'idée de créer des communautés et d'aller-vers en soulignant l'importance des pairs et du contact humain est prépondérant. La création de groupes de parole sur le modèle des Alcooliques Anonymes (AA) est revenue de manière spontanée dans la plupart des groupes. Le modèle des pairs aidants axé sur les échanges, l'entraide, le soutien et l'accompagnement ont de bons résultats. Selon la revue publiée dans *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* par M. GALANTER, 70% des alcooliques et 49% des multi-dépendants déclarent ne plus ressentir de manque une fois le protocole réalisé et ce pendant plusieurs années. En moyenne, grâce à 2,6 réunions hebdomadaires, un membre des Alcooliques Anonymes est abstinent depuis 6,1 ans. 73% des AA dépassent l'année de sobriété (64). Cependant, ce modèle demande une adhésion à des croyances spirituelles ce qui ne correspond pas forcément aux valeurs de certaines personnes.

Un souhait de cibler les jeunes

Pour finir, le sujet doit être abordé le plus tôt possible dans les établissements scolaires et abordés avec les acteurs de l'éducation.

D'après ce constat, nous pouvons faire les préconisations suivantes :

- **Renforcer les médias de diffusion actuels : TV, affiches et les réseaux sociaux**
- **Proposer des reportages et témoignages d'immersion / documentaires de vie**
- **Réaliser des études complémentaires sur l'impact des images chocs**
- **Renforcer la mise en lumière des outils d'aide au sevrage existants ainsi que la gratuité des TSN dans tous les médias de communication**
- **Commencer tôt : renforcer la diffusion dans les établissements scolaires de la campagne et envisager une sensibilisation des employés de l'éducation nationale pour augmenter la notoriété du dispositif et permettre de l'aborder en classe**
- **Favoriser les aller-vers dans les lieux de vie et la création de communauté et groupes de discussion avec les pairs**

2. Les stratégies d'incitation

L'idée des stratégies d'incitation est très bien accueillie comme en témoignent les résultats. Le lien avec les bénéfices à l'arrêt du tabac à court terme est essentiel et toujours à mettre en avant. Pour rappel, dès 48h après la dernière cigarette le goût et l'odorat s'améliorent, 72h après la dernière cigarette la respiration s'améliore visiblement, et dès un mois de sevrage l'essoufflement diminue considérablement, le teint est plus lumineux et la fatigue disparait (65). Nous n'avons trouvé à ce jour aucun article exploitant la perception des incitations à l'arrêt et leur bénéfice, hors incitation financière directe sur laquelle nous reviendrons plus tard.

L'idée de s'adapter au fumeur en proposant différentes alternatives incitatives et en lui permettant de choisir en fonction de ses besoins et attentes semble essentiel comme souligné P. BROUSSE et A. BONNAY-HAMON dans leurs travaux de thèse : « l'élaboration du programme d'aide à l'arrêt « idéal » et personnalisé semble constituer, pour chaque fumeur, une opportunité pour choisir les aides les plus conformes à ses besoins et valeurs » (66).

Enfin le fait de ne pouvoir changer d'environnement, avoir accès aux loisirs ou à des espaces extérieurs est revenu de nombreuses fois dans les freins à l'arrêt soulignés par les fumeurs. Le tabac répondant ainsi à l'oisiveté.

D'après ce constat, nous pouvons faire les préconisations suivantes :

- **Faire le lien et promouvoir les bénéfices à l'arrêt grâce à des partenariats permettant des réductions avec différentes structures, par exemple des salles et/ou clubs, restaurateurs, professionnels de l'esthétique, enseignes de produits de soins**
- **Imaginer la prise en charge de consultations diététiques et psychologiques en fonction des besoins et des demandes des fumeurs**
- **Permettre l'accès aux loisirs, à un espace extérieur et à des activités manuelles en proposant des alternatives (marche, activités créatives) ou un libre accès extérieur dans les structures d'accueil ou d'aide**

3. La place des professionnels de santé et des TSN

Les éléments mis en lumière lors de l'étude sont tout à fait cohérents avec les données de la littérature. Selon SpF, en 2017, 85,5% des fumeurs n'utilisent pas les TSN pour leur tentative d'arrêt (67). Et lorsqu'ils sont utilisés, c'est dans la très grande majorité des cas à des doses trop faibles et sur des

durées trop courtes pour être efficaces. Ils sont donc mésusés (68). Or, le mésusage des TSN est une perte de chance pour le patient, et la Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » revient sur l'importance de la bonne utilisation des TSN et de l'association patchs et formes orales (69).

Aussi, la moitié des médecins généralistes ne se sentent pas à l'aise pour accompagner un sevrage tabagique. Trop de médecins craignent encore d'augmenter les doses de substituts nicotiniques ou prodiguent des messages inhibiteurs non conformes aux données acquises de la science tels que « c'est d'abord une question de volonté » ou « il ne faut pas fumer sous patch », selon la thèse de médecine de S. FASEL (70). Par ailleurs, lors de nombreuses consultations, la question du tabac n'est même pas abordée selon les patients, comme c'est le cas pour 17 des 29 personnes inclues dans l'étude qualitative. Selon eux le fait de parler de sevrage tabagique avec leur médecin traitant aurait pu créer un déclic. Il faut donc vaincre la « nicotinophobie » des médecins et banaliser l'abord du tabac en médecine générale. En effet, les professionnels de premier recours, du fait de leur proximité, apparaissent « une entrée clef pour accompagner les tentatives d'arrêt » (66).
Cette « nicotinophobie » est également bien présente chez les patients comme le révèle notamment lors du congrès de la SFT en 2021 J. FABRE et O. GALERA. D'après leur étude *« Évaluation de la nicotinophobie chez les patients fumeurs* », 63% considèrent la nicotine comme cancérigène, 67% dangereuse pour le cœur et 72% dangereuse pour les poumons. Ainsi, plus de la moitié pense que fumer avec un patch est dangereux, et 79% ignorent qu'il est possible d'associer plusieurs patchs (71). Ces éléments complètement concordants avec nos résultats remettent bien en place la nécessité de formation des professionnels de premier recours et le besoin fondamental de délivrer de bonnes informations au patient.

D'après ce constat, nous pouvons faire les préconisations suivantes :

- **Renforcer la mise en place des formations adressées au professionnels de santé prescripteurs et délivreurs de TSN**
- **Lutter contre la « nicotinophobie » et favoriser le bon usage des TSN**
- **Délivrer les bonnes informations et importance du suivi des patients**
- **Favoriser l'accès aux TSN au sein même des structures d'usagers**
- **Ne pas tout axer autour du sevrage et laisser la place à la RdRD**

4. Les compléments de la substitution

Les médecines alternatives occupent aujourd'hui une place de choix et attirent de plus en plus. La HAS même en absence de consensus évoque l'hypnose et l'acupuncture parmi les aides à l'arrêt du tabac selon ses experts (69). C'est ce qui a été mis en évidence également pendant nos groupes de discussions où ne nombreux participants révèlent un attrait très grand pour l'hypnose notamment. Cependant beaucoup ne franchissent pas le pas par manque d'information et d'orientation et se sentent perdus face à l'immense offre de marché. Selon l'étude de F. M HASAN de 2014, l'hypnose serait plus efficace pour améliorer l'abstinence tabagique chez les patients hospitalisés pour une maladie liée au tabac (à 3 mois (43.9% vs. 28.2% ; *p=0.14*) et 6 mois (36.6% vs 18.0% ; *p=0.06*)) (72).

De même selon une revue de la littérature réalisée en 2019 par N. LHOMMEAU et P. CASTERA, l'acupuncture a toute sa place dans l'arsenal thérapeutique notamment en association avec un substitut nicotinique ou pharmacologique (73).

De plus, depuis la crise COVID, on observe un essor quant à la prise de conscience autour de l'importance de la santé mentale et de sa prise en charge. Il est de même pour la gestion des émotions avec les recommandations d'utilisation des approches cognitivo-émotionnelles comme les TCC de 3e génération en première intention par la HAS (69). Ce dernier élément a également pris place dans les groupes de discussions de manière spontanée. De nombreux fumeurs associent leurs essais d'arrêt à des exercices de gestion des émotions ou des exercices respiratoires leur permettant la gestion du stress grâce à des applications notamment.

Cette notion d'équilibre émotionnel est de plus en plus prise en considération grâce à sa médiatisation par des professionnels. C'est le cas par exemple du Docteur Christophe ANDRE, psychiatre, psychothérapeute et auteur de nombreux ouvrages visant à la démocratisation des TCC notamment ainsi qu'à l'importance de la place de la méditation.

D'après ce constat, nous pouvons faire les préconisations suivantes :

- **Laisser la place aux médecines alternatives en complément des TSN**
- **Rendre accessibles des informations à ce propos et imaginer la mise en place de partenariats avec des thérapeutes professionnels**
- **Donner de l'importance à la gestion de émotions, par la mise en avant d'exercices simples et pratiques basés sur la respiration (ex : cohérence cardiaque) ou basés sur le mouvement**

(ex : Tai Chi) dans les différents médias et groupes, et promouvoir certaines de ses applications dans le cadre du MsST

5. La place de la confiance et de la motivation

Les relations de confiance établies au sein des structures où les patients sont usagers doivent être au cœur de toutes les démarches et projets entrepris. Ils sont une force majeure à exploiter. En effet tous les groupes de discussion où nous avons été accueillis et intégrés très facilement ont pu voir le jour grâce aux travailleurs sociaux (parfois présents) qui nous avaient au préalable présentés et avaient expliqués notre démarche. C'est ainsi que des discussions solides et construites ont vu le jour. Aussi cet aspect de « personnes connues » ou « personnes à qui s'adresser » est revenu dans tous les groupes de discussion. De surcroit la stigmatisation des fumeurs et notamment des fumeurs précaires a été relevé dans tous les groupes. Construire des partenariats solides avec les structures dans lesquels les patients sont déjà usagers avec des travailleurs avec qu'ils ont des échanges quotidiens s'inscrit dans la lutte contre la stigmatisation.

R. GUIGNARD soulignait comme idée clé pour la mise en place d'actions destinées aux populations précaires, la nécessité de proposer des services au plus proche des populations, voire dans leurs lieux de vie (26). C'est une notion qui a été soulevée de nombreuses fois dans les échanges, aussi nous avons été à chaque fois remercié de nous être déplacé vers eux et pour le temps consacré aux échanges.

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté lancée en 2018 par le gouvernement français vient renforcer cette composante. Le premier des leviers de transformation mentionné est intitulé « Choc de participation et la rénovation du travail social », et préconise de « construire les solutions avec les personnes concernées », « mobiliser et redonner pleinement sens aux travailleurs sociaux comme accompagnateurs principaux des parcours de vie » et de « développer les pratiques de l'aller vers » (74).

Aussi, comme énoncé dans les résultats, les fumeurs mettent la volonté de pouvoir arrêter seul au premier plan de la démarche. La plupart des participants manifestent une volonté d'indépendance et une nécessité de valorisation des actions personnellement entreprises. Cet élément renforce la confiance en soi et le fait d'être capable d'entreprendre un projet. Cette notion de motivation est très importante notamment pour des personnes ayant peu d'activité. Même si seule la motivation n'est jamais suffisante dans une démarche d'arrêt du tabac, il parait prépondérant de valoriser cet engagement personnel pendant toute la démarche, en effectuant du renforcement positif, et de la valoriser en complément des autres méthodes mises à disposition.

D'après ce constat, nous pouvons faire les préconisations suivantes :

- **Utiliser la force des partenariats avec les structures d'aides sociales, d'accueil, d'hébergement, distribution alimentaires… où des relations sont déjà forgées et solides**
- **Développer des actions avec et au sein des structures avec les différents acteurs et travailleurs sociaux perçus comme de véritables moteurs**
- **Former les travailleurs sociaux à un accompagnement simple au sevrage**
- **Lutter contre le sentiment de stigmatisation**
- **Valoriser l'engagement personnel, très important pour le patient malgré la faible efficacité comme source unique**

6. L'incitation financière

L'idée était de savoir si récompenser le sevrage par des bons d'achat ou de l'argent directement était un bon argument. Les résultats de l'étude qualitative montrent plutôt une réticence à l'incitation financière, soit le contraire des études trouvés. En effet, l'étude française multicentrique auprès de femmes enceintes d'I. BERLIN mettait en évidence une diminution du taux de fumeuses significativement différent dans le groupe récompensé vs témoin (75). De même, dans une revue Cochrane en 2019, C. NOTHLEY pointait du doigt des proportions de sevrage significativement plus important dans les groupes récompensés financièrement dans plusieurs études (76). Ces résultats ne sont donc pas confirmés ici.

Différents éléments peuvent néanmoins être questionnés. Tout d'abord, plusieurs études comme celle d'I. BERLIN s'intéresse uniquement aux femmes enceintes, public pour lequel on le sait, il y a de nombreuses motivations annexes dans la décision d'un sevrage tabagique. Dans la revue Cochrane sont inclus des pays aux systèmes de santé dans lesquelles l'accès aux soins est payant et les TSN pas pris en charge. Cette situation est donc difficilement comparable au système de soin français. Enfin, le sujet de l'argent est plutôt tabou en France, et encore plus pour la population précaire.

D'après ce constat, nous pouvons faire la préconisation suivante :

- **Approfondir le sujet en segmentant la cible (par exemple : âge, situation maritale et parentale, situation par rapport au logement, stade de précarité)**

7. Des idées et concepts proposés spontanément par les participants

Différentes idées de concepts ont été partagés et discutés lors des focus groupes, parmi ceux-ci nous pouvons imaginer pour les prochaines campagnes MsST la mise en place :

- **De partenariats avec des influenceurs d'envergure nationale et ciblant un public spécifique,** qui réaliseraient des vidéos témoignages de leur arrêt du tabac par exemple, avec des partages d'astuces. La places des influenceurs est aujourd'hui prépondérante dans le paysage médiatique notamment sur les réseaux sociaux, notamment chez les jeunes. En 2017, 79% des 25-34 ans, et 84% des 15-24 ans consultaient quotidiennement les réseaux sociaux, où les influenceurs y occupent une place de choix notamment dans l'impact sur les comportements de leurs abonnés. Toutes les grandes marques l'ont déjà bien compris. Les influenceurs sur les réseaux sociaux jouent un rôle de prescripteurs auprès des abonnés qui se traduit régulièrement en acte d'achat puisque qu'une très large majorité d'abonnés déclare avoir déjà visité un point de vente proposant ce produit ou cette marque (79%) et acheté le produit ou la marque (75%) (77).
- **Le recrutement de services civiques** pour aller vers et diffuser les outils existants et également les ressources territoriales.
- **La création d'un défi national** avec des missions journalières ou hebdomadières en ligne et un planning diffusé en octobre pour permettre un temps d'organisation et de préparation. Cette idée vient renforcer l'aspect communautaire de la campagne et permet de fédérer autour d'une même cause.

- **La création d'un vidéo « virale »** : 1 photo par jour pendant 30 jours, témoignant des améliorations physiques visibles. Vidéo qui peut devenir un défi à partager par les fumeurs s'engageant dans le MsST afin de créer une communauté virtuelle.

- **Renommer le Mois Sans Tabac** en « Mois de réflexion autour du tabagisme et de l'addiction ». Cette idée s'inscrit dans la lutte contre la stigmatisation et l'idée de ne pas axer le MsST exclusivement autour du sevrage, mais également de valoriser les tentatives de réduction et de prise de conscience des consommations problématiques. La Réduction des Risques et des Dommages fait aujourd'hui partie intégrante de la lutte contre le tabagisme. Le fait de pouvoir fumer avec un patch est aujourd'hui bien démocratisé d'autant que l'AMM des TSN a été ouverte à l'indication : « stratégie de réduction du tabagisme comme une étape vers l'arrêt définitif », pour réduire ainsi le nombre de cigarette fumées (78).

VII- CONCLUSION

Grâce à cette étude qualitative, nous avons pu identifier différentes stratégies à même de mobiliser les fumeurs en situation de précarité dans le MsST. Des stratégies résultent plusieurs perspectives intéressantes envisageables et dans le sens des directives de Santé publique France pour la campagne 2022. Des idées nouvelles s'additionnent à la nécessité de perfectionner les outils existants et leur diffusion. La place des pairs comme moteur et la création de communauté permettant de fédérer autour d'une cause commune semblent prépondérants.

Ce type d'étude permet d'approfondir certaines notions explorées grâce à des recherches bibliographiques, mais ne permet pas forcément de confirmer les concepts classiquement rapportés. C'est ce que nous avons pu mettre en avant en étudiant la perception de l'incitation financière auprès du public cible. Ce constat remet à sa place l'importance de l'exploration de la cible avant de déployer des stratégies.

Ce travail permet également de soulever de nouveaux éléments enrichissant la réflexion. La diversité des points de vue suggère de segmenter davantage la cible dans le futur en s'intéresser aux stratégies permettant l'engagement dans le MsST propres au sexe, à l'âge, ainsi qu'aux différentes strates de la précarité.

VIII- BIBLIOGRAPHIE

Tous les liens internet ont été vérifiés le 22 septembre 2022.

1. Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT). Drogues et addictions, chiffres clés. [Internet]. 2022. Disponible sur: http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DACC-2022.pdf

2. Kopp P. Le coût social des drogues en France, OFDT. 2015;10.

3. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.

4. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

5. Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT) 2014-2019 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf

6. Guignard R. Tentatives d'arrêt du tabac pendant l'opération Mois Sans Tabac (2016 - 2019) : résultats des baromètres de Santé publique France. 2021;6.

7. Pasquereau A. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du baromètre de Santé publique France. 2021;8.

8. Guignard R. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. 2010;56.

9. Guignard R, Nguyen-Thanh V, Richard JB, Arwidson P. Evolution of tobacco smoking in France : results from the health barometer 2014. 2015;8.

10. Auriacombe M, Fatséas M, Daulouède JP, Tignol J. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2018;176(8):746-9.

11. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

12. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. Disponible sur: https://icd.who.int/browse11/l-m/en

13. Pasquereau A. La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé 2017. 2018;9.

14. Pasquereau A. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. 2020;8.

15. État de santé ressenti des habitants de Nouvelle-Aquitaine - ORS [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2022/04/131.Zoom_2022.pdf

16. West R, Stapleton J. Clinical and public health significance of treatments to aid smoking cessation. Eur Respir Rev. 1 déc 2008;17(110):199-204.

17. Gallopel-Morvan K, Nguyen-Thanh V, Arwidson P, Hastings G, Bourdillon F, Chambaud L. Marketing social : De la compréhension des publics au changement de comportement. Presse de l'EHESP. 2019.

18. Santé publique France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire mai 2019 - Journée mondiale sans tabac 2019 / World No Tobacco Day 2019. 2019;16.

19. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.

20. Programme Nationale de Lutte Contre le Tabac (PNLT) 2018-2022 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf

21. Avenel J, David F. Bilan du dispositif de communication Mois Sans Tabac 2021. 2021;29.

22. Teixeira M. Bilan diffusion Mois Sans Tabac. 2022;11.

23. Guignard R. Mois Sans Tabac 2021 Principaux résultats du post-test quantitatif. 2022;13.

24. Davy M. Socio-economic inequalities in smoking: an examination of generational trends in Great Britain. Health Stat Q. 2007;(34):26-34.

25. Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review. Eur J Public Health. 2014;24(4):551-6.

26. Guignard R, Nguyen-Thanh V, Delmer O, Lenormand MC, Blanchoz JM, Arwidson P. Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature. Santé Publique. 14 mars 2018;Vol. 30(1):45-60.

27. Troelstra S. Reaching vulnerable populations - Netherlands Expertise Center for Tobacco Control. 2022;21.

28. Martina Blake. Tobacco Cessation in Ireland – some of our targeted services - Congès SpF 2022. 2022.

29. Health Service Executive. Tobacco-free-ireland-programme-plan-2022-2025 [Internet]. Disponible sur: https://www.hse.ie/eng/about/who/tobaccocontrol/news/tobacco-free-ireland-programme-plan-2022-2025.pdf

30. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Économique. 2014;LIII(4):67-82.

31. UFR SMBH, Paris 13. Analyse des données de rechcerche qualitative, grille de lecture, grille COREQ [Internet]. Disponible sur: https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/document_-_grilles_d_ecriture_et_de_lecture_de_recherche_qualitative.pdf

32. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups | International Journal for Quality in Health Care | Oxford Academic [Internet]. Disponible sur: https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966

33. Rapport WRESINSKI- Grande pauvreté et précarité économique et sociale [Internet]. 1987. Disponible sur: file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/Rapport-WRESINSKI.pdf

34. Julien Damon. Pauvreté et précarité en chiffres [Internet]. Observatoire des inégalités. Disponible sur: https://www.inegalites.fr/Pauvrete-et-precarite-en-chiffres

35. Abrantes P, Sabatier S, Guenot C. Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé - Score EPICES. 2005;18.

36. Sass C, Guéguen R, Moulin JJ, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité: Santé Publique. 1 déc 2006;Vol. 18(4):513-22.

37. Le score EPICES [Internet]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ETP_07_02_2019_Score_EPICES.pdf

38. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. 2011;8.

39. Renaud L. Renoncement aux soins pour raisons financières. 2015;28.

40. Allocation aux adultes handicapés (AAH) [Internet]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12242

41. Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) [Internet]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16871

42. Revenu de solidarité active (RSA) [Internet]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N19775

43. La Sécurité sociale [Internet]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/organisation/securite-sociale

44. AMELI. Complémentaire santé solidaire : qui peut en bénéficier et comment ? [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire-qui-peut-en-beneficier-et-comment

45. Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? [Internet]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079

46. AMELI. Affection Longue Durée (ALD) [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique

47. Tout savoir sur les complémentaires santé [Internet]. Disponible sur: https://www.economie.gouv.fr/particuliers/tout-savoir-complementaires-sante

48. DRESS. La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/ve-9.pdf

49. Claire Bélisle. Photolangage® Jeunes, prises de risques et conduites addictives. Des expériences à comprendre pour se construire. Chroniques Sociales. 2016. (Savoir communiquer).

50. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147-81.

51. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. Rev Exerc. 2009;(88):106-12.

52. Emanuele Berger, Alberto Crescentini, Cristina Galeandro et Giuditta Mainardi Crohas. La triangulation au service de la recherche en éducation. Exemples de recherche dans l'école obligatoire — AREF 2010 [Internet]. Disponible sur: https://plone.unige.ch/aref2010/communications-orales/premiers-auteurs-en-b/La%20triangulation.pdf/view

53. Olivier de Sardan JP. La politique du terrain: Sur la production des données en anthropologie. Enquête. 1 oct 1995;(1):71-109.

54. Debret J. Codage pour les entretiens semi-directifs et directifs [Internet]. Scribbr. 2018. Disponible sur: https://www.scribbr.fr/methodologie/codage-entretiens/

55. Site internet | Aides [Internet]. [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: https://www.aides.org/

56. Spilka S. , Le Nézet O. Consommation de tabac chez les adolescents: état des lieux - Données épidémiologiques - OFDT [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevalence_du_tabagisme_chez_les_jeunes.pdf

57. Santé publique France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire mai 2021 - Consommation de tabac parmi les adultes en 2020. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/8/2021_8_1.html

58. HAS Santé. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014- 11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf

59. IREPS Bretagne. Les déterminants de la vulnérabilité, synthèse documentaire [Internet]. 2018. Disponible sur: https://irepsbretagne.fr/wp-content/uploads/2020/06/synthese_determinants_de_la_vulnerabilite_pole_ressources_02_2018.pdf

60. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Voléry I. Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé. In: Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016 [cité 22 sept 2022]. p. 167-85. (Collection U). Disponible sur: https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-p-167.htm

61. Guilbert T, Mokhneche S. Evidence for smoking cessation using social networks: a systematic review and meta-analysis of the literature. 2022.

62. Evans AT, Peters E, Strasser AA, Emery LF, Sheerin KM, Romer D. Graphic Warning Labels Elicit Affective and Thoughtful Responses from Smokers: Results of a Randomized Clinical Trial. PLOS ONE. 16 déc 2015;10(12):e0142879.

63. LaVoie NR, Quick BL, Riles JM, Lambert NJ. Are Graphic Cigarette Warning Labels an Effective Message Strategy? A Test of Psychological Reactance Theory and Source Appraisal. Commun Res. 1 avr 2017;44(3):416-36.

64. Galanter M, Josipovic Z, Dermatis H, Weber J, Millard MA. An initial fMRI study on neural correlates of prayer in members of Alcoholics Anonymous. Am J Drug Alcohol Abuse. 2 janv 2017;43(1):44-54.

65. Tabac Info Service. Les bienfaits de l'arrêt du tabac [Internet]. Disponible sur: https://www.tabac-info-service.fr/je-trouve-ma-motivation/les-bienfaits-de-l-arret-du-tabac

66. Gallopel-Morvan K, Castera P, Bonnay-Hamon A, Brousse P, Alla F, Gonneau A. Arrêt du tabac : une personnalisation nécessaire des programmes de sevrage. Santé Publique. 1 juill 2021;33:505-15.

67. Guignard R. Tentatives d'arrêt du tabac, aides utilisées et maintien de l'abstinence tabagique : une analyse retrospectives des données du baromètre Santé publique France. 2020;10.

68. Hollands GJ, Naughton F, Farley A, Lindson N, Aveyard P. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. Cochrane Database Syst Rev. 16 août 2019;8:CD009164.

69. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours - Haute Autorité de santé. 2014;60.

70. Fasel Sven. Le médecin généraliste et l'arrêt du tabac : enquête auprès de 2506 médecins généralistes français sur leur expérience tabagique personnelle et leur pratique professionnelle [Internet]. 2018. Disponible sur: http://theses.unistra.fr/ori-oai-search/notice.html?id=uds-ori-71332&printable=true

71. Fabre J, Galera O, Rouquet RM. Evaluation de la nicotinophobie chez des patients fumeurs. Congrès SFT 2021.

72. Hasan FM, Zagarins SE, Pischke KM, Saiyed S, Bettencourt AM, Beal L, et al. Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: results of a randomized controlled trial. Complement Ther Med. 2014;22(1):1-8.

73. Lhommeau N, Huchet A, Castera P. Acupuncture et arrêt de la consommation tabagique, une revue de la littérature. Rev Mal Respir. 1 juin 2020;37(6):474-8.

74. Délégation Interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté. Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté [Internet]. 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/

75. Berlin I, Berlin N, Malecot M, Breton M, Jusot F, Goldzahl L. Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: multicentre randomised controlled trial. BMJ. 1 déc 2021;375:e065217.

76. Notley C, Gentry S, Livingstone-Banks J, Bauld L, Perera R, Hartmann-Boyce J. Incentives for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 17 juill 2019 [cité 22 sept 2022];2019(7). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6635501/

77. Ipsos. Quel rôle jouent les influenceurs auprès des consommateurs ? [Internet]. Ipsos. 2017. Disponible sur: https://www.ipsos.com/fr-fr/enquete-sur-le-role-des-influenceurs-sur-les-reseaux-sociaux-aupres-des-consommateurs

78. Indications : NICORETTE 4 mg gomm mâcher médic fruits sans sucre [Internet]. VIDAL. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/nicorette-4-mg-gomm-macher-medic-fruits-sans-sucre-72334.html

IX- ANNEXES

A. Fiche d'information sur l'étude

FICHE D'INFORMATION SUR L'ETUDE
« Cibler les publics précaires pour la future campagne Mois Sans Tabac »

Objectif principal du projet : ***Recueillir des actions/propositions susceptibles de favoriser une tentative d'arrêt du tabac durant le MsST chez les personnes fumeuses en situation de précarité.***

Objectif opérationnel : Interroger 4 groupes de 5 personnes sur ce qui pourrait les inciter à participer au MsST.

Pour cela, nous cherchons des fumeurs qui accepteraient de participer à un temps d'échanges convivial et collectif d'environ 1h et qui seraient usagers d'une des structures ciblées.

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

Cette étude qualitative a pour but de poser des questions générales ouvertes pour répondre à notre question d'étude : "Quels sont, selon les personnes "précaires" et fumeuses, les actions susceptibles de favoriser leurs tentatives d'arrêt du tabac durant le MSST ?"

Cette étude est réalisée par l'association COREADD-NA (Coordination Région Addictions – Nouvelle Aquitaine), structure ambassadrice du Mois Sans Tabac dans la région.

QUI : Quels types de personnes sont interrogées ?

Nous cherchons 20 participants (un groupe de 5 participants de votre structure) qui consomment du tabac tous les jours. Notre enquête s'étend sur toute la Nouvelle Aquitaine.

Voici nos critères d'inclusion et de non-inclusion pour vous aider au recrutement :

Critères inclusion	Critères non-inclusion
- Être fumeur ou ex-fumeur - Être majeur - Avoir la capacité de répondre - Être volontaire et avoir signé le document de consentement éclairé - Acceptant de participer au groupe - Être usager de la structure qui nous reçoit	- Les personnes travaillant dans le milieu du tabac (buralistes, cigaretiers, etc.) - Le refus de participation - Les personnes présentant des troubles cognitifs et/ou de la compréhension - Les personnes ne maîtrisant pas bien le français

Nous souhaitons interroger des participants avec des profils diversifiés (hommes, femmes, différents âges, statut tabagique etc.).

COMMENT : Que sera-t-il demandé au participant (données recueillies) et pour quoi faire ?

Avec son accord, le participant est invité à participer à un temps d'échanges autour d'un petit-déjeuner ou déjeuner ou gouter (à choisir selon la structure) d'environ 1 heure. Les questions posées sont très simples, sans bonnes ou mauvaises réponses.

Les échanges du groupe sont enregistrés et sont anonymisées avant d'être traités. Les données sont stockées en toute sécurité dans le respect des normes RGPD. Elles seront traitées par l'équipe puis détruites. Elles seront utilisées pour décider des actions à mener auprès de ce public durant le Mois Sans Tabac en Nouvelle-Aquitaine.

B. Grille d'entretien de focus groupe

Guide d'entretien semi-directif – Observation à découvert – 1h

INTRODUCTION – 10 minutes

- Présentation COREADD-NA : bonjour à tous, nous allons commencer par nous présenter, nous sommes 2 salariées de la COREADD-NA, Coordination Régionale Addictions en NA et parmi nos missions on retrouve l'organisation du Mois Sans Tabac dans la région. Dans ce cadre pour redynamiser un peu la campagne et l'adapter au mieux aux besoins et envie de la population nous réalisons ce groupe de discussion.

- Pour commencer nous vous remercions grandement d'avoir accepté et d'avoir été volontaire pour participer au groupe de discussion et par ce biais participer à l'élaboration des campagnes de SP

- Notre objectif principal est de recueillir des actions ou des propositions susceptibles d'améliorer la campagne et de déclencher une tentative d'arrêt même temporaire du tabac chez les fumeurs actuels

- Pour rappel, vous devez tout au long du déroulé de ce groupe de discussion respecter des règles de bienveillance et de non-jugement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse ce n'est que votre propre avis. On vous demandera aussi de respecter les autres et le tour de parole en ne se coupant pas la parole.

- Je vous rappelle aussi que la discussion d'aujourd'hui est enregistrée à l'aide de nos téléphones, nous prendrons également des notes. Vos idées et discours seront utilisés pour une évaluation prochaine de manière anonyme, puisque qu'évidemment nous n'avons aucune autre information sur vous. A ce propos on vous fera remplir un petit formulaire à la fin de la discussion pour certifier votre accord d'utilisation de manière anonyme de ces propos.

- Pour finir avec la présentation, pour vous remercier vous seront remis des cartes cadeaux d'une valeur de 20€ utilisables dans toutes les structures, il faudra également signer la bonne remise de ces cartes.

- Dernière petite formalité, on vous fera également remplir un questionnaire très bref (4 questions) sur votre situation actuelle.

Si tout le monde est prêt, on va pouvoir débuter.

Les questions à aborder sont en gras, les tableaux servent de questions de relance ou de mémos.

Thème 1 : questions générales – profils et perception du tabac - 15 minutes

Ouverture avec un photolangage (emprunt IREPS) :

Vous avez face à vous différentes images, pour introduire et débuter la discussion je vais vous demander de :

- **Choisir devant-vous la photo qui représente / qui évoque le mieux votre consommation de tabac actuelle, je vous laisse 5 minutes pour observer attentivement chacune des images. Quand votre choix est fait ne prenez pas tout de suite la photo choisie pour laisser à tout le monde le temps de faire son choix.**
- **Je vous inviterai ensuite à prendre la photo choisie, il est important de bien garder son premier choix même si quelqu'un choisi la même**
- **On va maintenant faire un tour de table où vous allez nous expliquer votre choix d'image, en même vous pourrez en profiter pour vous présenter rapidement (âge, un centre d'intérêt, profil tabagique)**

Présentation	- Quel âge avez-vous ? - CSP : que faites-vous dans la vie ? Comment occupez-vous vos journées ? Quels sont vos centres d'intérêt ? - Profil tabagique : depuis quand fumez-vous ? combien de cigarettes par jour ? Est-ce vous combinez la cigarette à la cigarette électronique ou d'autres conso (cannabis, chicha) ?
Perception du tabagisme	- Avez-vous déjà parlé de votre tabagisme avec un professionnel de santé ? oui/non et pourquoi ?
Autre – Conclusion thème 1	- Avez-vous des choses à ajouter sur cette partie, votre entourage ou sur votre consommation de tabac ?

Thème 2 : Contraintes et leviers à l'arrêt du tabac – 15 minutes

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?

- **Si oui pour quelles raisons ? Si non pour quelles raisons ? Et comment ?**

Motivations et freins à l'arrêt	- Avez-vous déjà fait une tentative d'arrêt du tabac ? - Si non - pourquoi n'avez-vous jamais fait une tentative ? - Qu'est-ce qui vous a manqué ? - Si déjà un essai – quels souvenirs gardez-vous de cette tentative ? - Idées reçues ?
Les aides	- Si je vous dis « aide et dispositifs pour arrêter de fumer » qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ? - Avez-vous déjà eu recours à des aides ? De quels types ? - Savez-vous que les TSN sont pris en charge par l'AM ? - Savez-vous que les infirmières, kinés, sage-femmes, dentistes peuvent en prescrire ?

	Evoquer tout ce qui peut exister - Médecine alternative (acupuncture, hypnose, homéo) - Site internet/applications - Groupes Facebook - TSN - VAPE - TCC

Thème 3 : la mise en place des actions - 25 minutes

- **Connaissez-vous le MsST ?** + Explications
- **Qu'est-ce qui vous aiderait à y participer ?**

Future campagne MSST	- Quel serait selon vous la campagne idéale, la plus efficace à l'arrêt du tabac ? - Qu'est-ce qui vous inciterait à participer ou renouveler la tentative du Mois Sans Tabac ? - Quel serait l'outil idéal selon vous pour une bonne campagne ? - Que cherchez-vous dans l'idéal pour qu'une campagne vous atteigne ?
Méthode de diffusion	- Quel serait le média idéal selon vous pour la diffusion ? - **Quelles sont vos interactions avec votre pharmacien ?** Serait-il selon vous utile en ce sens ? - **Que regardez-vous à la télé ? Quelles chaines ? Quelles émissions ? Quelles séries ?** - Est-ce que les réseaux sociaux pourraient vous aider dans votre arrêt ? Si oui, lesquels ?
Argumentaire	- Quels types d'arguments utiliser pour vous inciter à une tentative d'arrêt ?
	- Suivi diététique - Abonnement dans une salle de sport - Suivi psychologique (stress, anxiété) - Suivi addictologue
Récompense financière	- Est-ce qu'une récompense financière serait intéressante pour vous afin de faire le Mois sans tabac ? Si oui, à partir de quelle somme d'argent, êtes-vous prêt à arrêter ? (**Ici peut-être demander à chacun de noter sur un post-it, afin de limiter l'influence du groupe).** Idée de coupons/bons d'achat dans des grandes enseignes. **Quelles enseignes ?**
Autre – conclusion thème 3	- Avez-vous des choses à rajouter ? - Des suggestions ? Idées d'amélioration ?

C. Le score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?	**10,06**	**0**
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle)[1] ?	**-11,83**	**0**
3	Vivez-vous en couple ?	**-8,28**	**0**
4	Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?	**-8,28**	**0**
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF…) ?	**14,80**	**0**
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	**-6,51**	**0**
7	Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre…) au cours des 12 derniers mois ?	**-7,10**	**0**
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	**-7,10**	**0**
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	**-9,47**	**0**
10	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé…) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	**-9,47**	**0**
11	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé…), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?	**-7,10**	**0**
	constante	**75,14**	

D. Formulaire précarité

Questionnaire – Etude Mois Sans Tabac

Sexe ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre

Age : ..... ans

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à un soin, pour des raisons financières ?

☐ OUI ☐ NON

Quant à votre couverture sociale (plusieurs réponses possibles) :

☐ vous êtes bénéficiaire de l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) ou d'une pension d'invalidité

☐ vous êtes bénéficiaire du RSA (Revenu de Solidarité Active)

☐ vous êtes bénéficiaire de l'ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)

☐ aucun des choix

Quant à votre couverture médicale (plusieurs réponses possibles) :

☐ vous êtes affilié au régime de la sécurité sociale (CPAM)

☐ vous êtes bénéficiaire de la C2S – Complémentaire Santé et Solidarité (ex CMU-C et ex ACS)

☐ vous êtes bénéficiaire de l'AME (Aide Médicale d'Etat)

☐ vous êtes bénéficiaire d'une ALD (Affection Longue Durée)

Etes-vous titulaire d'une mutuelle (complémentaire santé) ?

☐ OUI ☐ NON

Etes-vous, à ce jour préoccupé par une ou plusieurs dettes ?

☐ OUI ☐ NON

Merci pour votre participation

E. Déclaration CNIL

CNIL.
COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE & LIBERTÉS

Référence CNIL :
2225548 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-003

reçue le 10 mars 2022

Madame Eugénie ROUSSEAU

83 AVENUE JACQUES COEUR, RÉSIDENCE FAC ET SPORTS
APT 37
86000 POITIERS

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Madame ROUSSEAU Eugénie
Service :
Adresse : 83 AVENUE JACQUES COEUR, RÉSIDENCE FAC ET SPORTS
APT 37
CP : 86000
Ville : POITIERS

N° SIREN/SIRET :
Code NAF ou APE :
Tél. : 0645170805
Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 11 mars 2022

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : https://www.cnil.fr/donnees-personnelles

F. Formulaire de consentement et remise du bon cadeau

CORE ADD
Coordination Régionale Addictions Nouvelle-Aquitaine
Siège social
4 rue de Fleurus – 33000 BORDEAUX
contact@coreadd.com
05.56.51.56.51

Président
Benoit FLEURY

Vice Présidente
Eliane HERRAN

Trésorière
Virginie PAILLOU

Trésorière-adjointe
Catherine BONNIN-LAPEYRE

Secrétaire
Laurent DURENGUE

Secrétaire-adjointe
Catherine CHEVALIER

Je soussigné·e ……,
Certifie avoir participé à un groupe de discussion qui s'est déroulé le …… à …… animé par la COREADD.

Fait à ……....., le……

Signature du·de la participant·e

Je soussigné·e ……,
Autorise l'association COREADD à analyser les dialogues que j'ai pu échanger lors de la discussion après anonymisation.

Fait à ……....., Le ……..

Signature du·de la participant·e

Je soussigné·e ……,
Certifie avoir reçu une carte cadeau d'une valeur de 20€ à la suite du groupe de discussion.

Fait à ……....., le……

Signature du·de la participant·e

Noms et signatures des animateurs de la COREADD

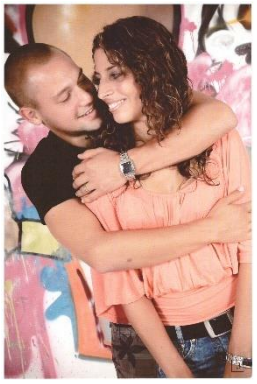
Antenne Bordeaux
4 rue de Fleurus,
33000 Bordeaux
contact@coreadd.com
05 56 51 56 51

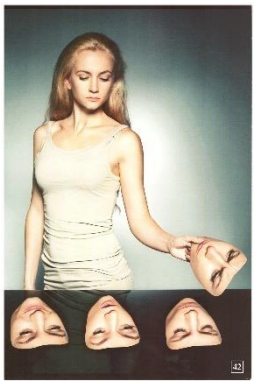
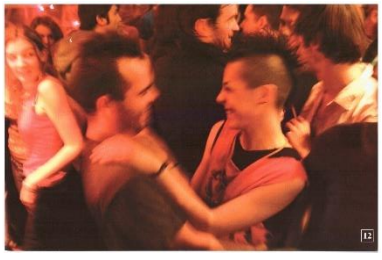
Antenne Limoges
26 avenue des Courrières
87170 Isle
contact.limousin@coreadd.com
05 55 05 99 00

Antenne Bayonne
CHCB, 13 av de l'Interne J. Loeb
64100 Bayonne
contact.aquitainesud@coreadd.com
06 74 89 26 64

Antenne Poitiers
2 rue Roger Frison Roche
86 180 Buxerolles
contact.poitoucharentes@coreadd.com
06 46 71 21 04

G. Photolangage®



H. Liste des structures participantes

Ex - région	Interlocuteur référent	Structure	Milieu	Population
Poitou-Charentes	Educatrice spécialisée au centre d'addictologie de St Jean d'Angely	L'ARCHE, épicerie sociale à St Jean d'Angely	Rural	Toutes : hommes et femmes, fumeurs et ex-fumeurs Des actions pérennes mises en place depuis MsST 2021 au sein de l'ARCHE
Poitou-Charentes	Conseiller référent santé de la structure	Mission locale St Jean d'Angely – 24, rue du Jeu-de-Billes 17400 Saint-Jean-d'Angély	Rural	Jeunes de 20-22 ans, femmes uniquement
Poitou-Charentes	Référente santé au sein de Convergence	Chantiers de réinsertion Angoulême – Programme Convergence en expérimentation depuis été 2021 en Charentes	Urbain	Toutes : hommes et femmes, fumeurs et ex-fumeurs, usagers en réinsertion et travailleurs sociaux – ils venaient d'avoir une sensibilisation au tabagisme avec une infirmière AZALEE du territoire
Limousin	Médecin responsable du CRESLI à Limoges	CRESLI – Centre d'Examen de Santé CPAM Limoges	Urbain	Un homme (Recrutement difficile, personnes difficilement mobilisables)
Aquitaine Nord	Educateur spécialisé au sein de la structure 2 rue des Treuils à Bordeaux	Maison relais COS-QUANCARD – hébergement Fondation d'utilité publique – accompagnement	Urbain	Toutes, public hébergé, homme et femmes

		des personnes fragilisées		
Aquitaine Sud	Médecin responsable du CES à Bayonne	Centre d'examen de santé (CES) de Bayonne	Mixte	Toutes, homme et femmes
Aquitaine Sud	Infirmière qui assure des permanences au CAARUD le jeudi après-midi	CAARUD Pau	Urbain	Situation de rue, hommes et femmes

I. Budget cartes cadeaux

Nombre de carte cadeaux de 20€		
L'ARCHE	4	
Mission locale St Jean d'Angely	6	
CRESLI CPAM Limoges	1	
Chantier d'insertion Angoulême	5	
Maison Relais COS	6	
CES- CPAM Bayonne	3	
CAARUD AIDES Pau	4	
TOTAL	29	580 €

J. Budget plateaux repas

Plateaux repas	**Structure**	**Nombre**	**Restaurateur**	**Prix unitaire**	**Prix pour la structure**	**Prix de la salle**
	L'arche	5+2+2 = 9	Restaurant LE CABANON – St Jean d'Angely	15€	135€	0
	Mission locale St Jean	6+2= 8	DEMOLLE traiteur – plateau traiteur complet	18 €	144€	0
	Chantier d'insertion Angoulême	5 + 2 = 7	Restaurant le St André – Angoulême	14,90€	107,30€	0
TOTAL					386,30€	

K. Budget temps conviviaux

Temps conviviaux autres	**Structure**	**Type**	**Prix**	**Prix de la salle**
	CPAM Limoges	Goûter	5,6 €	0
	CAARUD AIDES Pau	Goûter	Offert par la structure	0
	CES – CPAM Bayonne	Goûter	27,75€	0
	Maison Relais COS	Goûter	Offert par la structure	0
TOTAL			33,35€	0

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
1	Groupes	N	Age	Age moyen	Sexe	Sex ratio	Renoncement	proportion renoncement	Mutuelle	Proportion	AAH	Proportion	RSA	proportion	ASPA	proportion	CPAM	proportion	C2S	proportion	AME	proportion	ALD	proportion	Dette	Proportion
2	St Jean - Mission Locale	6	21	21,5	F	0	NON	50%	OUI	83%	NON	0	NON	0	NON	0	OUI	100%	OUI	17%	NON	0	NON	33%	NON	17%
3			23		F		NON		OUI		NON		NON		NON		OUI		NON		NON		NON		OUI	
4			22		F		NON		OUI		NON		NON		NON		OUI		NON		NON		NON		NON	
5			22		F		OUI		OUI		NON		NON		NON		OUI		NON		NON		OUI		NON	
6			22		F		OUI		OUI		NON		NON		NON		OUI		NON		NON		NON		NON	
7			19		F		OUI		NON		NON		NON		NON		OUI		NON		NON		OUI		NON	
8	Angoulême-ARU	5	24	40,4	H	0,25	NON	60%	OUI	60%	NON	0	NON	20%	NON	0	OUI	100%	NON	40%	NON	0	NON	0	NON	0
9			59		F		NON		OUI		NON		NON		NON		OUI		OUI		NON		NON		NON	
10			50		F		OUI		OUI		NON		NON		NON		OUI		NON		NON		NON		NON	
11			32		F		OUI		NON		NON		OUI		NON		OUI		OUI		NON		NON		NON	
12			37		F		OUI		NON		NON		NON		NON		OUI		NON		NON		NON		NON	
13	CAARUD AIDES - PAU	4	46	46,5	F	1	NON	0%	NON	25%	NON	25%	OUI	75%	NON	0	OUI	100%	NON	50%	NON	0	NON	0	NON	50%
14			52		F		NON		OUI		OUI		NON		NON		OUI		NON		NON		NON		NON	
15			48		H		NON		NON		NON		OUI		NON		OUI		OUI		NON		NON		OUI	
16			40		H		NON		NON		NON		OUI		NON		OUI		OUI		NON		NON		OUI	
17	St Jean d'Angely - L'ARCHE	4	62	63,25	F	0,3	OUI	25%	OUI	75%	OUI	75%	NON	0	NON	0	OUI	100%	NON	0	NON	0	NON	25%	NON	0
18			60		F		NON		NON		OUI		NON		NON		OUI		NON		NON		OUI		NON	
19			58		H		NON		OUI		OUI		NON		NON		OUI		NON		NON		NON		NON	
20			73		F		NON		OUI		NON		NON		NON		OUI		NON		NON		NON		NON	
21	CES CPAM Bayonne	3	63	50,67	F	0,5	NON	33%	NON	33%	NON	0	NON	0	NON	0	OUI	100%	OUI	67%	NON	0	NON	0	NON	33%
22			64		H		OUI		NON		NON		NON		NON		OUI		OUI		NON		NON		OUI	
23			25		F		NON		OUI		NON		NON		NON		OUI		NON		NON		NON		NON	
24	Maison Relais COS - Bordea	6	59	48,3	H	1	NON	33%	NON	67%	OUI	83%	NON	17%	NON	0	OUI	100%	OUI	17%	NON	0	OUI	33%	NON	33%
25			31		F		NON		OUI		OUI		NON		NON		OUI		NON		NON		NON		NON	
26			52		H		OUI		NON		NON		OUI		NON		OUI		NON		NON		NON		OUI	
27			50		H		NON		OUI		OUI		NON		NON		OUI		NON		NON		NON		NON	
28			41		F		NON		OUI		OUI		NON		NON		OUI		NON		NON		OUI		NON	
29			57		F		OUI		OUI		OUI		NON		NON		OUI		NON		NON		NON		OUI	
30	CRESLI - CPAM Limoges	1	31	31	H		NON	0	OUI	100%	NON	0	NON	0	NON	0	OUI	100%	NON	0	NON	0	OUI	100%	NON	0
31																										
32																										
33																										
34		N	Moyenne âge			Sex ratio		Renoncement aux soins		Mutuelle		AAH		RSA		ASPA		CPAM		C2S		AME		ALD		Dettes
35	TOTAL	29	42,9			0,45		34%		62%		31%		17%		0		1		28%		0		21%		21%

X- RESUME et MOTS CLES

Titre : Comment les personnes fumeuses en situation de précarité envisagent-elles les stratégies à même de les mobiliser dans le Mois Sans Tabac ?

Introduction : Avec 12 millions de fumeurs quotidiens en France le tabagisme reste un problème majeur de santé publique. La population précaire est d'autant plus concernée par cette problématique car elle est plus fumeuse et moins touchée par les campagnes. Cette thèse est incluse dans un projet de redynamisation de la campagne Mois Sans Tabac en accord avec les directives nationales de ciblage des populations vulnérables (11).

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative avec analyse thématique de focus groupes semi-dirigés, auprès de 29 fumeurs et ex-fumeurs en Nouvelles Aquitaine entre mai et juillet 2022. L'étude bénéficie d'une triangulation des données. L'analyse des résultats a été réalisée selon la théorie ancrée. L'objectif principal était d'identifier les propositions issues de la population cible permettant de faire adhérer les personnes précaires fumeuses au MsST. Un des objectifs secondaires était d'identifier les facteurs facilitateurs et les facteurs contraignants à l'arrêt du tabac sur cette population cible.

Résultats : Selon les fumeurs la diffusion de la campagne n'est pas optimale et le kit doit être amélioré. L'engagement dans la démarche d'arrêt au cours de la campagne doit faire des liens avec les bénéfices à l'arrêt du tabac. Pour les interrogés, la place des professionnels de santé doit être renforcée et il est important d'ouvrir le champ aux médecines alternatives. Les actions mises en œuvre au plus près de la population, en groupe et en renforçant le rôle des pairs sont plus à même de réussir. Des idées spontanées comme la création d'un service civique pour la diffusion de la campagne au plus près de la population ont été discutées.

Conclusion : Plusieurs perspectives intéressantes envisageables sont mises en lumière et font sens par rapport aux directives de Santé publique France pour la campagne 2022. Des idées nouvelles s'additionnent à la nécessité de perfectionner les outils existants et leur diffusion. Aussi la place des pairs comme moteur et la création de communauté permettant de fédérer autour d'une cause commune semblent prépondérants. L'étude met en avant l'opposition entre la littérature et la perception de l'incitation financière auprès du public cible. Ce constat remet à sa place l'importance de l'exploration de la cible avant de déployer des stratégies.

Mots- clés : tabac / fumeurs / précarité / Mois Sans Tabac / prévention / promotion de la santé

XI- SERMENT

Faculté de Médecine et Pharmacie

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances,

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement,

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité,

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession,

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens,

De coopérer avec les autres professionnels de santé.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Signature de l'étudiant	du Président du jury
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :

Version validée par la conférence des Doyens de facultés de Pharmacie le 7 février 2018