

Faculté de Pharmacie

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le 14 novembre 2022

Par

Sonia RHABBOUR

Née le 4 mai 1993 à TARBES (65)

Analyse qualitative auprès de sujets fumeurs sur leurs attentes du pharmacien vis-à-vis d'un suivi tabac en officine.

Thèse dirigée par le Docteur André NGUYEN

Examineurs :

M. le Professeur Jean-Luc DUROUX
Mme le Professeur Catherine FAGNERE
Mme le Docteur Aline LOURADOUR

Président
Juge
Juge

Faculté de Pharmacie

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le 14 novembre 2022

Par Sonia RHABBOUR

Née le 4 mai 1993 à TARBES

Analyse qualitative auprès de sujets fumeurs sur leurs attentes du pharmacien vis-à-vis d'un suivi tabac en officine.

Thèse dirigée par Docteur André NGUYEN

Examineurs :

M. le Professeur Jean-Luc DUROUX

Mme le Professeur Catherine FAGNERE

Mme le Docteur Aline LOURADOUR

Président

Juge

Juge

Liste des enseignants

Le 1^{er} septembre 2022

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur COURTIOUX Bertrand

Vice-doyen de la Faculté

Monsieur LÉGER David, Maître de conférences

Assesseurs de la Faculté

Monsieur le Professeur BATTU Serge

Monsieur le Professeur PICARD Nicolas

Professeurs des Universités – Hospitalo-Universitaires

M. PICARD Nicolas	Pharmacologie
Mme ROGEZ Sylvie	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. SAINT-MARCOUX Franck	Toxicologie

Professeurs des Universités – Universitaires

M. BATTU Serge	Chimie analytique et bromatologie
M. CARDOT Philippe	Chimie analytique et bromatologie
M. COURTIOUX Bertrand	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. DESMOULIERE Alexis	Physiologie
M. DUROUX Jean-Luc	Biophysique et mathématiques
Mme FAGNÈRE Catherine	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. LIAGRE Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
Mme MAMBU Lengo	Pharmacognosie
M. TROUILLAS Patrick	Biophysique et mathématiques



Mme VIANA Marylène Pharmacie galénique

Maitres de Conférences des Universités – Hospitalo-Universitaires

M. BARRAUD Olivier (*) Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

Mme. CHAUZEIX Jasmine Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

M. JOST Jérémie Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

Maitres de Conférences des Universités – Universitaires

M. BASLY Jean-Philippe (*) Chimie analytique et bromatologie

Mme BEAUBRUN-GIRY Karine Pharmacie galénique

Mme BÉGAUD Gaëlle Chimie analytique et bromatologie

M. BILLET Fabrice Physiologie

Mme BONAUD Amélie Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

M. CALLISTE Claude Biophysique et mathématiques

M. CHEMIN Guillaume Biochimie et biologie moléculaire

Mme CLÉDAT Dominique Chimie analytique et bromatologie

M. COMBY Francis Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

Mme DELEBASSÉE Sylvie Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

Mme DEMIOT Claire-Elise (*) Pharmacologie

M. FABRE Gabin Biophysique et mathématiques

M. LABROUSSE Pascal (*) Botanique et cryptogamie

Mme LAVERDET Betty Pharmacie galénique

M. LAWSON Roland Pharmacologie

M. LÉGER David Biochimie et biologie moléculaire

Mme MARRE-FOURNIER Françoise Biochimie et biologie moléculaire

M. MERCIER Aurélien	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
Mme MILLOT Marion (*)	Pharmacognosie
Mme PASCAUD-MATHIEU Patricia	Pharmacie galénique
Mme POUGET Christelle (*)	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. TOUBLET François-Xavier	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. VIGNOLES Philippe (*)	Biophysique et mathématiques

(*) Titulaire de l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR)

Assistant Hospitalo-Universitaire

Mme MARCELLAUD Elodie	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
------------------------------	---

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche

M. DELMON Cédric	Pharmacognosie, botanique et mycologie
Mme KENE MALAHA Angéladine	Épidémiologie, statistique, santé publique

Enseignants d'anglais

M. HEGARTY Andrew	Chargé de cours
Mme VERCELLIN Karen	Professeur certifié

Remerciements

A Monsieur le Docteur André NGUYEN, Pharmacien coordinateur général chez COREADD,

Pour avoir accepté de diriger cette thèse, proposé le sujet, et m'avoir aidé dans la réflexion et la rédaction de ce travail,

Pour ta disponibilité, ta gentillesse, ta compréhension, ton empathie,

Je te remercie infiniment pour ton accompagnement tout au long de ce travail et tes nombreux conseils.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc DUROUX, Professeur de biophysique et mathématiques, à l'Université de Limoges,

Pour l'honneur que vous me faites de présider mon jury et de juger ce travail,

Pour toute l'écoute, la bienveillance et l'accompagnement dont vous avez fait preuve au cours de mes études,

Veuillez trouver ici l'expression de toute ma considération.

A Madame le Professeur Catherine FAGNERE, Professeur de chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique, à l'Université de Limoges,

Pour le privilège que vous me faites de participer à mon jury et de juger ce travail,

Pour votre gentillesse, votre douceur et votre empathie tout au long de mon cursus,

Je vous adresse mes remerciements les plus sincères.

A Madame le Docteur Aline LOURADOUR, Pharmacienne titulaire à la Pharmacie de la Mairie, Condat-sur-Vienne,

Pour le plaisir que tu me fais en participant à mon jury et en acceptant de juger ce travail,

Pour m'avoir accueillie avec enthousiasme et fait confiance durant mon stage de pratique professionnel,

Pour tous ces bons moments malgré le contexte stressant lié à la pandémie,

Je te remercie sincèrement.

A l'équipe de la Pharmacie de la Mairie de Condat-sur-Vienne, Aurélie, Agnès V., Agnès C., Erika et Agnès B.,

Pour avoir renforcé mon goût pour le métier de pharmacien et transmis la rigueur de l'exercice officinal,

Pour m'avoir donné confiance en moi,

Je vous remercie pour la qualité de la formation pratique que vous avez su me transmettre.

A mes parents,

Pour m'avoir offert les meilleures conditions nécessaires à la réussite de mes études,
Pour toutes les valeurs que vous m'avez inculquées qui me permettent d'être la personne que je suis aujourd'hui,
Pour votre soutien et votre amour inconditionnel,
Un simple merci ne serait pas suffisant pour exprimer toute ma reconnaissance, ma réussite est avant tout la vôtre.

A ma sœur,

Pour avoir été à mes côtés depuis le premier jour,
Pour ton soutien, tes conseils, les bons moments partagés,
Pour m'avoir apporté un (beau-) frère qui a su me soutenir à son tour dans cette aventure,
Pour m'avoir fait le plus beau cadeau du monde, devenir tatie,
Je te serai éternellement reconnaissante.

A mon mari,

Pour ta gentillesse, ta sollicitude, ton soutien indéfectible,
Pour tous tes conseils, ton calme, ta sérénité, qui m'auront fait évoluer,
Pour toutes ces aventures partagées et toutes celles qui nous attendent,
Un immense merci.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^e édition

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

DSM-V : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders, 5^e édition

HAS : Haute Autorité de Santé

Loi HPST : Loi Hôpital Patient Santé et Territoire, 2009

PHE : Public Health England

PLFSS 2022 : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2022

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TNS : Traitement Nicotinique de Substitution

Table des matières

Introduction	14
I. CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE	15
I.1. Quelques définitions	15
I.1.1. L'usage	15
I.1.2. Addiction	15
I.1.3. Craving.....	15
I.2. Contexte	16
I.3. Mesures ayant entraîné une diminution du tabagisme.....	16
I.3.1. 1976 : Loi Veil	16
I.3.2. 1984-1986 : Apparition des substituts nicotiniques sur le marché des médicaments	17
I.3.3. 1991 : Loi Évin	17
I.3.4. 2003 : Premier Plan-Cancer	18
I.3.5. 2016 : Création du « Moi(s) sans tabac »	19
I.4. Mesures n'ayant pas eu l'impact attendu dans la lutte contre le tabac	22
I.4.1. Les augmentations successives du prix du tabac.....	22
I.4.2. Le paquet neutre	23
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	25
II.1. Recherche bibliographique	25
II.2. Choix de la méthode.....	25
II.2.1. Objectifs	25
II.2.2. Choix du type d'étude	25
II.3. Population étudiée	26
II.3.1. La population cible	26
II.3.2. Les critères d'inclusion de l'échantillon	27
II.3.3. Les critères d'exclusion de l'échantillon	27
II.3.4. Le questionnaire de recrutement	27
II.3.5. Le recrutement.....	28
II.4. Plan de l'étude	28
II.4.1. Aspect éthique et réglementaire	28
II.4.2. Guide des entretiens semi-dirigés	28
II.4.3. Réalisation des entretiens semi-dirigés	29
II.4.4. Analyse des résultats.....	29
III. RÉSULTATS	31
III.1. Caractéristiques des entretiens	31
III.2. Consommation et perception du tabac.....	32
III.2.1. Perception du tabac	32
III.2.2. Début et causes de la consommation.....	32
III.2.3. Mode de consommation.....	33
III.2.4. État des lieux sur la prise en charge par un professionnel de santé	35
III.3. L'arrêt de la consommation de tabac : vécu et projection	36
III.3.1. Bilan sur les tentatives passées d'arrêt de la cigarette	36
III.3.2. Motivations et freins pour un futur arrêt	37
III.3.2.1. Les motivations à l'arrêt	37
III.3.2.2. L'environnement idéal	38

III.3.2.3. Les principaux freins	39
III.4. Moyens d'arrêt du tabac et accompagnements possibles.....	40
III.4.1. Aides envisagées pour le prochain arrêt.....	40
III.4.2. Accompagnements possibles par un professionnel de santé	41
III.5. Projection d'un accompagnement de l'arrêt en officine	43
III.5.1. Dispositif idéal d'aide à l'arrêt du tabac en pharmacie.....	43
III.5.2. Attente vis-à-vis de l'équipe officinale	45
III.5.3. Communication	46
IV. DISCUSSION	48
IV.1. Les limites de l'étude.....	48
IV.1.1. Recrutement	48
IV.1.2. Entretiens menés.....	48
IV.2. Les forces de l'étude	49
IV.2.1. Choix d'une étude qualitative	49
IV.2.2. Originalité de l'étude	49
IV.3. Interprétation des résultats.....	50
IV.3.1. Bilan initial de la consommation et de la prise en charge.....	50
IV.3.2. Freins et leviers identifiés à la mise en place d'un arrêt du tabac	51
IV.3.3. Programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal en pharmacie d'officine	54
Conclusion	56
Références bibliographiques.....	57
Annexes	62
Serment De Galien.....	68

Table des illustrations

Figure 1 : Usage (occasionnel ou régulier) de tabac parmi les 18-75 ans - Évolutions depuis 1974	16
Figure 2 : Affiche du Moi(s) sans tabac.....	20
Figure 3 : Kit Moi(s) sans tabac	21
Figure 4 : Prévalence du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe en France. Évolution 2014-2019.	21
Figure 5 : Évolution des ventes de tabac et cigarettes depuis 1990.....	22
Figure 6 : Hausse des ventes de tabac à rouler et prix relatif de l'ensemble des produits de tabac. (31).....	23
Figure 7 : Nombre et volume (en tonnes) des saisies du tabac.....	23
Figure 8 : Paquet de cigarette neutre.....	24
Figure 9 : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente.	26

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des participants et des entretiens.	31
---	----

Introduction

Le tabac, plante médicinale initialement utilisée par les Amérindiens pour ses propriétés psychostimulantes, constitue actuellement une pandémie responsable de plus de huit millions de morts chaque année dans le monde (1).

La prise de conscience sur la nocivité du tabagisme fut tardive. Les premières études mettant en évidence le lien entre le tabagisme et le cancer du poumon menées par Doll R. et Bradford Hill A. datent de 1950 (2), et il a fallu attendre la loi Veil en 1976 pour voir les premières mesures anti-tabac en France (3). Malgré la mise en place de mesures législatives et réglementaires, le tabagisme reste la première cause de mortalité évitable en France (4).

L'HAS (Haute Autorité de Santé) recommande à tous les professionnels de santé en contact avec la population de s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Le pharmacien d'officine, en tant que professionnel de santé et acteur du parcours de soin, a un rôle majeur dans la prévention, le dépistage, l'accompagnement et le conseil au patient. Sa proximité, sa disponibilité ainsi que ses connaissances lui ont permis ces dernières années de développer des nouvelles missions renforçant son rôle de santé publique ; il constitue un interlocuteur privilégié en termes de prévention et de prise en charge du tabagisme.

Une étude a été menée pour la réalisation cet écrit afin d'identifier les attentes des patients fumeurs sur une prise en charge de leur arrêt en pharmacie d'officine.

Après avoir identifié les principales mesures qui ont permis une réduction du tabagisme en France, la méthode et la mise en place de l'étude menée seront décrites, et enfin les données récoltées seront analysées puis discutées.

I. CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE

I.1. Quelques définitions

I.1.1. L'usage

En addictologie, l'usage correspond à la consommation de sources ou d'objets de gratification entraînant plaisir et effets renforçants. Trois grands types de comportements peuvent être définis :

- Le non-usage, correspondant à l'absence de consommation.
- L'usage simple, représentant une consommation modulable en fonction de l'environnement, de la disponibilité du produit, des besoins, des envies.
- Le trouble de l'usage ou addiction ; ce comportement se caractérise par une consommation répétée présentant un caractère pathologique, pouvant aboutir à l'impossibilité de s'abstenir de consommer.

I.1.2. Addiction

L'addiction correspond au syndrome de dépendance dans la dixième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et est définie comme un trouble de l'usage dans la cinquième édition du Manuel Diagnostique Statistique des troubles mentaux (DSM-5) (5) (6).

L'addiction désigne l'impossibilité récurrente de contrôler un comportement, et la poursuite de ce dernier en dépit de la connaissance des conséquences néfastes (7). Il en résulte une perte de contrôle de l'usage qui a pour origine la dépendance.

C'est une maladie chronique présentant un symptôme caractéristique, le craving, et un signe, la rechute. (8)

I.1.3. Craving

Le craving se définit par un désir impérieux de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors que le sujet ne le souhaite pas à ce moment-là. Ce phénomène peut persister plusieurs mois, voire années après un arrêt. (8)

Le craving est différent du manque ; il possède un caractère compulsif et représente une envie urgente de fumer une cigarette, et l'anticipation du soulagement apporté par la consommation de tabac. (9)

L'intensité du craving prédit l'usage, donc la rechute. C'est une cible importante de traitement, et de prévention de la rechute. (10)

I.2. Contexte

Depuis plusieurs décennies, la consommation de tabac en France ne cesse de varier, rythmée par les lois et les différents plans de lutte mis en place par les gouvernements successifs. Certaines de ces mesures ont eu un impact significatif sur la prévalence du tabagisme, alors que d'autres ont peu influencé la consommation des Français.

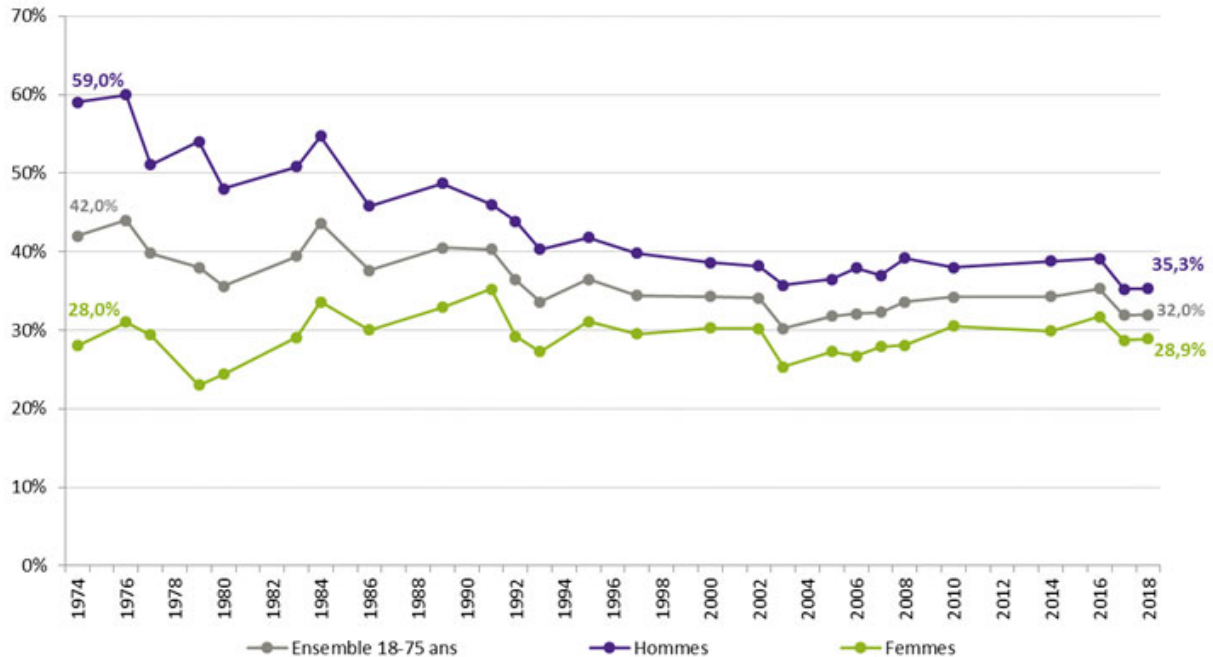


Figure 1 : Usage (occasionnel ou régulier) de tabac parmi les 18-75 ans - Évolutions depuis 1974

Source : Enquêtes du CFES, de l'INPES et de Santé publique France 1974-2018

La figure 1 représente l'évolution de la proportion de fumeurs en France depuis 1974. (11) Plusieurs diminutions de cette consommation sont identifiables : de 1976 à 1979, de 1984 à 1986, de 1991 à 1993, en 2003 et enfin en 2016. A quels faits marquants de la lutte anti-tabac correspondent ces dates ?

I.3. Mesures ayant entraîné une diminution du tabagisme

I.3.1. 1976 : Loi Veil

Alors que les effets néfastes du tabagisme actif ont été mis en évidence dans les années 1950 aux États-Unis et au Royaume-Uni, ce n'est que le 9 juillet 1976 que la lutte anti-tabac débute en France. La loi Veil est le premier texte promulgué en faveur de la lutte contre le tabagisme en France. (12)

La ministre de la Santé, Simone Veil, a pour objectif d'informer les fumeurs sur les substances qu'ils achètent ainsi que sur les méfaits ; le but est la prévention, tout en maintenant un cadre de tolérance.

Pour cela, elle s'attaque principalement à la limitation de la publicité, qui sera restreinte à la presse écrite. Le parrainage d'évènements sportifs et la publicité aux mineurs devient interdite.

De plus, cette loi impose l'inscription de la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes ou de tabac, et la quantité moyenne de nicotine et de goudron. Enfin, le texte prévoit l'instauration obligatoire d'interventions informatives sur le tabac dans l'armée et les établissements scolaires. (3) (13)

Un décret du 12 septembre 1977 permet l'interdiction de fumer dans certains lieux collectifs où cette pratique peut avoir des conséquences néfastes pour la santé : écoles, hôpitaux et transports publics. (14)

I.3.2. 1984-1986 : Apparition des substituts nicotiques sur le marché des médicaments

Au début des années 1970, un ingénieur suédois nommé Ove Fernö met au point les premiers substituts nicotiques. Lui-même fumeur, il est persuadé que la nicotine est responsable de sa dépendance au tabac. Il a, dans un premier temps, mis au point un aérosol délivrant de la nicotine, mais non-utilisable car le goût délivré était désagréable. Puis, après de nombreux essais, son laboratoire a produit des gommes nicotiques au goût plus plaisant. (15)

Dès 1980, ces gommes nicotiques ont été distribuées à l'armée suédoise pour soulager les sous-marinières qui souffraient du manque de tabac lorsqu'ils étaient en mission. (3)

Ce n'est qu'en 1984 que ces substituts nicotiques sont arrivés sur le marché français sous forme de gommes à mâcher, avec un statut particulier : médicament sur prescription dont la publicité grand public est autorisée (16). Les substituts nicotiques suivent une croissance exponentielle en France dès leur apparition dans les années 1980, et ce jusqu'en 2012. (17)

I.3.3. 1991 : Loi Évin

Le 10 janvier 1991, la loi Évin est promulguée et relance la lutte anti-tabac. La démarche est plus offensive et le cadre législatif est renforcé. Cette loi permet une modification en profondeur de la norme sociale en matière de tabagisme et provoque une diminution de la consommation. La démarche des partisans de la lutte anti-tabac se retrouve bien loin de la tolérance et de la prévention, maîtres mots de la loi Veil en 1976 : « *Ne pas fumer est la norme, fumer ne peut être que dérogatoire à cette norme et délimité dans des conditions précises* ». (18)

Cette loi permet l'application de différentes mesures :

- Les lieux destinés à un usage collectif doivent être non-fumeur, y compris les locaux des gares et moyens de transport ; la loi prévoit cependant la possibilité d'ouvrir des locaux distincts ventilés pour les fumeurs.
- La publicité directe ou indirecte en faveur du tabac devient interdite, sauf aux enseignes de débits de tabac, sous conditions.
- Toute opération de parrainage, ou de distribution gratuite ou promotionnelle (sauf aux enseignes de débit de tabac) est interdite.
- Un arrêté du ministère de la Santé fixe les teneurs maximales en goudron des cigarettes, et la loi impose au fabricant l'inscription sur les paquets de cigarettes la teneur en nicotine et en goudron.

- La mention « Nuit gravement à la santé » doit être apposée sur chaque paquet de cigarette vendu dès le 1^{er} janvier 1993, et sur chaque autre produit dérivé du tabac dès le 1^{er} janvier 1994.
- La loi favorise la hausse du prix des cigarettes, en excluant le tabac du calcul de l'indice des prix à la consommation.
- Les associations de lutte anti-tabac ont désormais la possibilité, sous certaines conditions, de se porter partie civile devant les tribunaux en cas de non-respect de cette loi. (18) (19) (20)

La loi Évin a été très efficace, et à l'origine d'un recul de la consommation de tabac en France. En quelques années, le tabac est passé d'objet de consommation à toxicomanie dont il faut se défaire.

I.3.4. 2003 : Premier Plan-Cancer

En mars 2003, le président de la République Jacques Chirac « *déclare la guerre au tabac* » avec la mise en place du premier Plan-Cancer (2003-2007) (3). Jean-François Mattei, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, et Claudie Haigneré, ministre déléguée chargée de la Recherche et des nouvelles technologies, sont à l'origine d'une mission interministérielle pour la Lutte contre le Cancer. Cette dernière comporte soixante-dix mesures, dont douze qui ciblent directement la lutte contre le tabac (21) :

- Mesure numéro 4 du Plan Cancer : rendre de plus en plus difficile l'accès au tabac

La vente de cigarettes aux mineurs de moins de 16 ans devient interdite. De plus, l'augmentation du prix des cigarettes est encouragée, en interdisant les paquets comportant un nombre réduit de cigarettes.

- Mesure numéro 5 du Plan Cancer : faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs

Le respect des lieux non-fumeurs doit être renforcé par cette mesure, que ce soit dans les transports publics, les hôtels ou les restaurants. Un label « entreprise sans tabac » est développé, et est parrainé par les ministères du travail et de la santé. Une circulaire de la DGS rappelle aux entreprises les obligations en matière de lutte contre le tabac, notamment dans le règlement intérieur.

- Mesure numéro 6 du Plan Cancer : mettre en place des opérations « École sans tabac »

Cette mesure a pour objectif la mise en place de programmes de prévention et d'éducation à la santé dans les établissements scolaires. Elle encourage également à faire respecter l'interdiction de fumer dans l'enceinte des établissements, y compris dans la cour.

- Mesure numéro 7 du Plan Cancer : faire appliquer l'interdiction de la promotion du tabac

Les douanes doivent être mobilisées au niveau des débits et des points de vente. D'autre part, en cas de publicité, une personne morale peut être reconnue coupable et condamnée.

- Mesure numéro 8 du Plan Cancer : mobiliser les associations dans la lutte contre le tabac

Avant ce plan de lutte, seules les associations dont l'objet statuaire comporte la lutte anti-tabac avaient la possibilité de se porter partie civile en justice pour sanctionner les infractions à la loi. Cette mesure ouvre cette possibilité à toute association de plus de 5 ans d'ancienneté.

- Mesure numéro 9 du Plan Cancer : aider à l'arrêt du tabac par des actions volontaristes d'éducation à la santé

Une expérimentation de la prise en charge partielle par l'assurance maladie des substituts nicotiques est prévue par cette mesure. De plus, chaque hôpital doit être en mesure de proposer une consultation anti-tabac. Enfin, les études médicales doivent comporter un module de prévention et d'éducation à la santé, avec un volet tabac.

- Mesure numéro 10 du Plan Cancer : lutter contre le tabagisme des femmes enceintes

Le personnel soignant devra être plus sensibilisé à la lutte anti-tabac. Les femmes enceintes ou ayant un désir de grossesse doivent avoir accès aux consultations de sevrage.

- Mesure numéro 11 du Plan Cancer : financer des campagnes grand public et établir des « chartes de bonne conduite » avec les médias pour les jeunes

Cette mesure vise à supprimer totalement le tabac des plateaux de télévision.

- Mesure numéro 12 du Plan Cancer : utiliser l'augmentation des taxes pour financer les actions de prévention contre le cancer et de soins

Le montant total de ce Plan-Cancer est estimé à 100 millions d'euros en 2003 ; il est alors prévu que cet effort sera financé par la hausse des droits sur le tabac, compte-tenu de l'importance du tabac parmi les déterminants du cancer.

I.3.5. 2016 : Création du « Moi(s) sans tabac »

Le « Moi(s) sans tabac » est une opération de lutte anti-tabac lancée en 2016 par Marisol Touraine, ministre de la Santé, et Santé publique France, en partenariat avec l'Assurance Maladie (22). Elle repose sur trois objectifs principaux :

- Encourager la participation de différentes populations à l'évènement de façon à entraîner des tentatives d'arrêt du tabac.
- Soutenir les fumeurs pendant cette tentative.
- Encourager leur entourage à être partie prenante de cette initiative. (23)

Cette campagne est inspirée du « *Stoptober* », issu de la contraction de « *Stop* » et « *October* » signifiant « arrêt » et « octobre » : c'est une opération proposant à tous les anglais d'arrêter de fumer pendant un mois, sous forme d'un défi collectif. Cette campagne, développée par le PHE (Public Health England), repose sur un outil-clé : le marketing social, permettant de modifier les comportements individuels. Les participants, ou « *Stoptober quitters* » partagent leur expérience sur les réseaux sociaux et l'application smartphone développée à cet effet, et se rencontrent pour partager leurs expériences lors d'évènements de proximité. Cette initiative est soutenue par les universitaires et les cliniciens et est relayée par 152 autorités locales anglaises, les « *Stop smoking services* ». De plus, des médecins généralistes, des pharmaciens, mais également des employeurs, entreprises et collectivités se joignent à l'opération chaque année. Le « *Stoptober* » a permis en 2012 d'enregistrer

350 000 tentatives supplémentaires d'arrêt du tabac par rapport à l'année précédente, soit une augmentation de 50 %. (24)

Le Moi(s) sans tabac est ainsi une campagne positive basée sur la valorisation des personnes qui arrêtent de fumer et l'engouement collectif. Elle consiste en un principe simple : arrêter de fumer pendant le mois de novembre, soit pendant trente jours, car c'est la durée à partir de laquelle les symptômes de sevrage sont considérablement réduits. En effet, des études ont permis de démontrer que : « Arrêter un mois c'est cinq fois plus de chance d'arrêter définitivement ». (25)



Figure 2 : Affiche du Moi(s) sans tabac

Afin d'encourager les fumeurs et de faire connaître cette nouvelle campagne, une puissante opération de communication est déployée dès le mois d'octobre 2016. Le début du défi collectif est prévu le 1^{er} novembre 2016. Plusieurs outils ont été développés afin d'accompagner les fumeurs dans cette démarche, dont un kit distribué gratuitement en pharmacie comprenant : (26)

- Le livret « *Je me prépare* »
- L'agenda « *30 jours pour arrêter de fumer* »
- La carte « *Le stress ne passera pas par moi* »
- La roue « *Je calcule mes économies* »



Figure 3 : Kit Moi(s) sans tabac

A cette occasion, les patients fumeurs pouvaient s’inscrire sur Tabac Info Service en passant par le site internet, la plateforme téléphonique ou l’application smartphone afin de bénéficier d’un accompagnement (27). Les non-fumeurs avaient également la possibilité d’encourager leurs proches dans le sevrage tabagique en se reportant à la rubrique « *J’aide un proche* » disponible sur le site de Tabac Info Service. (28)

D’autre part, afin de maintenir la motivation collective durant ce mois d’arrêt, des actions de proximité sont réalisées afin de réunir des participants à l’occasion de défis sportifs, de consultations d’aide à l’arrêt et autres évènements, partout en France. De plus, la campagne se poursuit tout au long du mois de novembre à la radio, sur internet et en affichage. (27)

Le Moi(s) sans tabac cible particulièrement les populations jeunes (élèves et élèves), en intervenant dans le milieu scolaire, les collèges et lycées, centres de formation d’apprentis, universités et grandes écoles. (23)

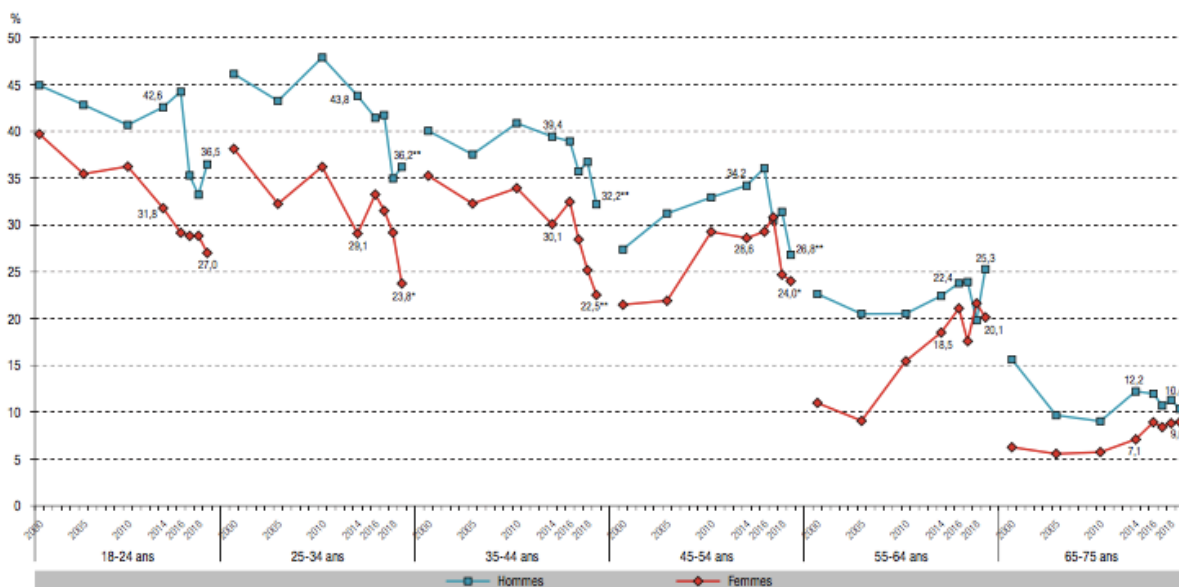


Figure 4 : Prévalence du tabagisme quotidien selon l’âge et le sexe en France. Évolution 2014-2019.

Source : Baromètre de Santé publique France 2000, 2005, 2014, 2016, 2017, 2018 et 2019.

Il est intéressant de constater que cette campagne, couplée au Plan National de Réduction du Tabagisme en vigueur dès 2014, a entraîné une diminution du tabagisme chez toutes les tranches d'âge comme l'illustre la figure 4, avec une influence plus significative chez les populations jeunes. (29)

Ainsi, différentes mesures ont au cours du temps contribué à la réduction du tabagisme en France. D'autres n'ont cependant pas eu les conséquences escomptées en termes de réduction de la consommation. Quelles sont-elles ?

I.4. Mesures n'ayant pas eu l'impact attendu dans la lutte contre le tabac

I.4.1. Les augmentations successives du prix du tabac

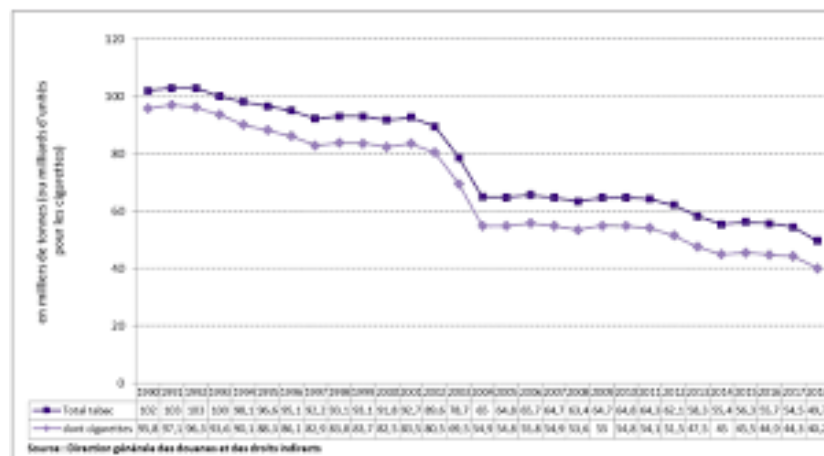


Figure 5 : Évolution des ventes de tabac et cigarettes depuis 1990.

Source : Direction générale des douanes et des droits indirects.

Comme l'illustre la *figure 5*, depuis 1991 des diminutions progressives de vente de tabac ont été constatées, coïncidant avec la loi Évin. Cette baisse s'est ralentie entre 1997 et 2001 avec une stabilisation des ventes. Le Plan Cancer de Jacques Chirac a accentué la hausse des prix fin 2003/début 2004, passant de 3,60 euros à 5 euros le paquet de cigarettes. Cette augmentation a entraîné une baisse spectaculaire des ventes de cigarettes en 2003 (-14%) et en 2004 (- 21%) (30). De 2005 à 2011, les prix sont restés relativement stables, augmentant de quelques centimes chaque année, ne permettant qu'une baisse modérée des ventes. Un net recul (- 12,5%) de la vente de cigarettes est constaté entre 2012 et 2014, sans augmentation franche du prix de vente. Ce recul pourrait être imputé à l'essor prononcé de la cigarette électronique. (30)

L'augmentation du prix des cigarettes a entraîné une baisse de la consommation de cigarettes manufacturées. Cependant, le prix du tabac à rouler n'a pas augmenté dans les mêmes proportions. Beaucoup de fumeurs ont substitué la totalité ou une partie de leur consommation de cigarettes par du tabac à rouler comme le montre la *figure 6*. (31)

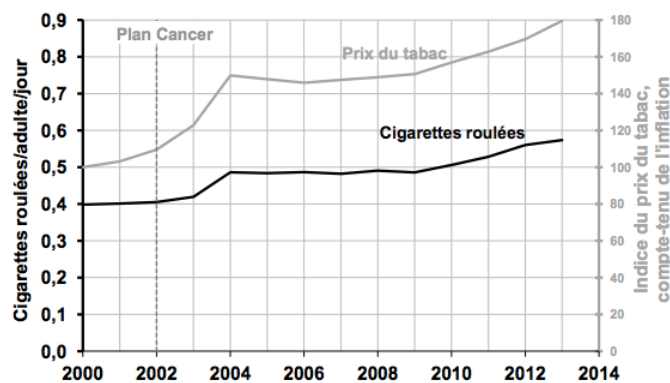


Figure 6 : Hausse des ventes de tabac à rouler et prix relatif de l'ensemble des produits de tabac. (31)

D'autre part, il est difficile d'apprécier la situation du tabagisme en France par la seule analyse du marché français. En effet, l'augmentation des prix de vente s'est accompagnée d'une augmentation des saisies de produits de contrefaçon et de contrebande par les services de douane (figure 6), mais aussi, d'une compensation sous forme d'achats transfrontaliers. (32)

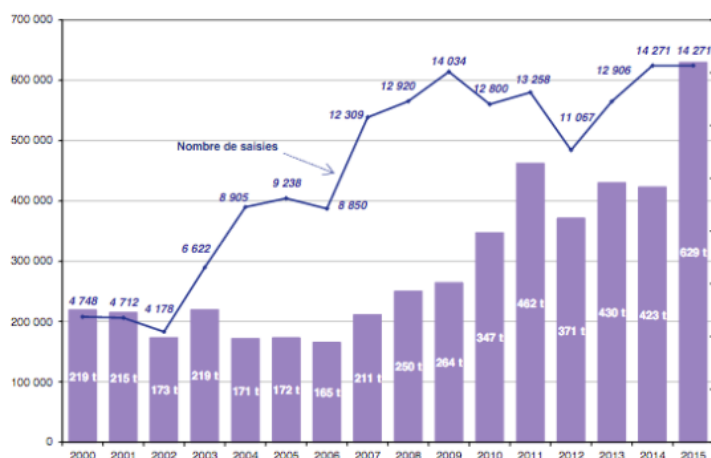


Figure 7 : Nombre et volume (en tonnes) des saisies du tabac.

Source : Tableau de bord TABAC novembre 2016 – OFDT.

Ainsi, la politique fiscale du tabac s'est avérée efficace dans une certaine mesure, avec une nette baisse de la vente de cigarettes, mais une évaluation de la consommation plus compliquée. Depuis 2004, la consommation est restée constante globalement, et a légèrement augmenté chez les jeunes. (31)

1.4.2. Le paquet neutre

Le paquet de cigarettes neutre est un paquet de cigarette exempt d'élément de marketing, possédant une couleur unique et ne portant aucun signe distinctif. Seul le nom de marque est inscrit dans une typographie standardisée. Ces paquets doivent également comprendre des avertissements comme « *Fumer tue* » ou bien « *Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage* ». Ce dispositif concerne également les autres produits du tabac : cigares, cigarillos, tabac à rouler... (33). Cette mesure, ayant pour but de réduire l'attractivité des

paquets de cigarettes, est votée dans la loi de modernisation du système de santé et publiée au Journal Officiel le 22 mars 2016. (34)



Figure 8 : Paquet de cigarette neutre.

Source : Instauration de paquets neutres pour les produits du tabac – CNCT.

Ainsi, dès le 20 mai 2016, les industries du tabac ne devaient produire que des paquets neutres, qui arrivaient progressivement chez les buralistes, laissant 6 mois aux distributeurs pour écouler les stocks des anciens paquets. A partir du 20 novembre 2016, seuls ces paquets neutres devaient être livrés chez les buralistes. Enfin, c'est à partir du 1^{er} janvier 2017 que les paquets neutres ont été les seuls paquets disponibles en bureau de tabac. (35)

Les études sur les effets du paquet neutre sur la consommation du tabac sont très divergentes. D'une part, certaines montrent une diminution du nombre de fumeurs jeunes, notamment par une augmentation du nombre de personnes n'ayant jamais fumé (36). Cela est nuancé par la mise en place d'une meilleure prise en charge au sevrage tabagique à cette période en France. (37)

D'autre part, un rapport des douanes affirme que les ventes de cigarettes ont augmenté de 9,2% entre janvier et juillet 2017 (par rapport à l'année 2016) (38). D'autres sources affirment une très légère baisse des ventes de janvier à novembre 2017 par rapport à l'année précédente. Ceci pourrait s'expliquer par la lenteur de la mesure, expliquée par la Direction générale des douanes au journal Libération : « Les autorités australiennes nous avaient prévenues : il ne s'agit pas d'une mesure à court mais à long terme. Elle ne vise pas les fumeurs actuels, qui ne vont pas arrêter de fumer à cause d'un changement de couleur. Cette mesure cherche à démotiver de potentiels futurs fumeurs, c'est-à-dire des collégiens et des lycéens. » (39)

Le paquet neutre n'a donc pas eu d'incidence dans l'arrêt du tabac chez les personnes qui fument, mais semble avoir de l'impact sur le nombre de nouveaux fumeurs. Cela semble difficile à étudier étant donné le nombre de mesures anti-tabac mises en place à cette période en France.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

II.1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée à l'aide de la base de données Pubmed, ainsi qu'avec les outils Cochrane, Google scholar et Cismef. La plateforme Aurore et le Service Commun de la Documentation de l'Université de Limoges ont également été exploités.

Les mots-clés employés ont été : « arrêt de tabac », « fumeurs », « professionnels de santé », « pharmacien », notamment en croisant ces termes.

II.2. Choix de la méthode

II.2.1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est l'identification du pharmacien d'officine par les patients comme un acteur dans l'arrêt du tabac.

Les objectifs secondaires sont l'évaluation des attentes des patients vis-à-vis du pharmacien d'une part, et l'évaluation des freins à une prise en charge à l'officine d'autre part.

II.2.2. Choix du type d'étude

Le type d'étude choisi pour mener ce travail est la recherche qualitative. C'est une approche relativement adaptée pour étudier des phénomènes non mesurables. Elle permet d'étudier des phénomènes sociaux, des sujets et d'identifier leurs besoins. Alors que la recherche quantitative cherche à quantifier ou à mesurer, la recherche qualitative repose sur le recueil des données verbales aboutissant à une démarche interprétative. C'est une méthode permettant d'explorer les sentiments, les émotions des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. (40)

La recherche qualitative possède plusieurs spécificités :

- C'est une méthode qui englobe toutes les formes non-numériques de recherche de terrain, tels que les observations, l'analyse de documents, les entretiens, les images, les vidéos...
- Elle a pour objectif la « description grossière », ainsi que la compréhension en profondeur de l'objet de la recherche, permettant de générer des hypothèses.
- L'étude des sujets se fait dans leur milieu naturel ou dans un lieu neutre, évitant les situations artificielles ou expérimentales. (41)

De façon plus générale, la recherche qualitative permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? », contrairement à la recherche quantitative qui essaie aussi de répondre au « pourquoi ? » quand il s'agit d'étudier un lien de causalité, mais d'une manière statistique. La recherche qualitative s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements des acteurs (comprendre), plutôt qu'aux déterminants des maladies (compter). (40)

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

II.3. Population étudiée

II.3.1. La population cible

La population cible est composée d'individus fumant au minimum une cigarette par jour, et souhaitant arrêter leur consommation de tabac.

Concernant l'arrêt, les patients-cible doivent :

- Soit envisager un arrêt : phase INTENTION du modèle de Prochaska et DiClemente,
- Soit se sentir prêt à construire une stratégie d'arrêt : phase PRÉPARATION du modèle de Prochaska et DiClemente. (43)

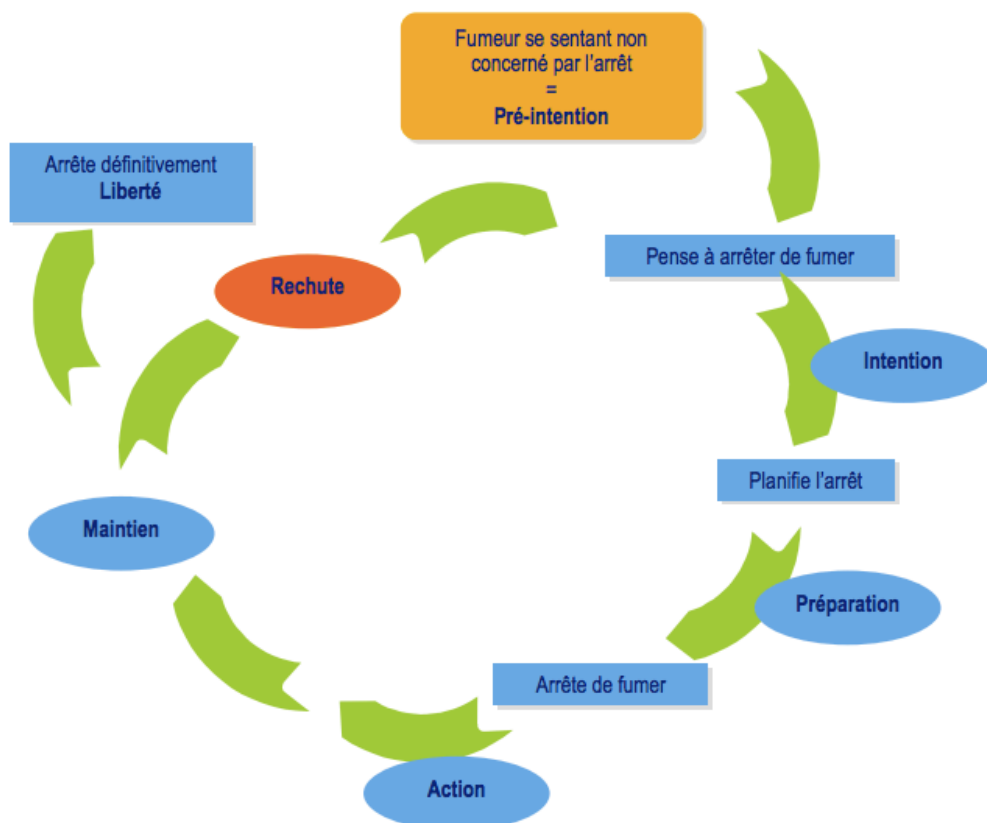


Figure 9 : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente.

Source : HAS – Service des bonnes pratiques professionnelles – Octobre 2014

II.3.2. Les critères d'inclusion de l'échantillon

- ⇒ Être fumeur(se) quotidien (au moins une cigarette par jour)
- ⇒ Envisager un arrêt du tabac, ou préparer cet arrêt : stade intention ou préparation du diagramme de Prochaska et DiClemente (43) (*figure 9*)
- ⇒ Être volontaire, accepter de participer à l'étude et avoir signé le document de consentement éclairé
- ⇒ Être en capacité physique et psychique de répondre au questionnaire
- ⇒ Être âgé entre 25 et 55 ans

II.3.3. Les critères d'exclusion de l'échantillon

- ⇒ Être fumeur occasionnel
- ⇒ Refuser de participer à l'étude
- ⇒ Travailler dans le milieu médical (pharmacien, préparateur en pharmacie, médecin, infirmier, kinésithérapeute, dentiste, sage-femme)
- ⇒ Travailler dans le milieu du tabac ou de la e-cigarette (buralistes, compagnie de tabac...)
- ⇒ Avoir moins de 25 ans ou plus de 55 ans
- ⇒ Présenter des troubles cognitifs et/ou de la compréhension empêchant la réalisation de l'entretien

Les fumeurs occasionnels ont été exclus de cette étude car leur rapport à la cigarette est plus complexe et leur consommation moins liée à une possible dépendance.

C'est dans la tranche d'âge 25-55 ans qu'on retrouve la plupart des personnes fumeuses. Avant 25 ans, les sujets fumeurs ne sont généralement pas dans un processus d'arrêt de la cigarette, et après 55 ans, beaucoup de patients ont déjà arrêté de fumer, le recrutement serait alors plus difficile.

Les professionnels de santé ont été exclus de l'étude car ceux-ci sont plus à même de connaître les dispositifs disponibles pour une aide à l'arrêt du tabac. Les personnes exerçant dans le milieu du tabac et de la e-cigarette ont également été exclus car cela peut présenter un conflit d'intérêt.

II.3.4. Le questionnaire de recrutement

Le questionnaire de recrutement (*Cf. annexe 1*) a été élaboré afin de repérer les personnes intéressées par l'étude ne pouvant pas en faire partie.

Le questionnaire de recrutement a été fait lors du premier contact avec les sujets intéressés par l'étude, de façon à constituer l'échantillon de personnes répondant à tous les critères énoncés ci-dessus.

II.3.5. Le recrutement

Le recrutement a eu lieu lors du mois de juillet 2020, et a été fait de différentes manières. Dans un premier temps, un message a été publié sur les réseaux sociaux dans différents groupes locaux. Les personnes intéressées par l'étude ont pu me contacter afin d'obtenir plus d'informations, puis nous avons pu échanger nos coordonnées.

Dans un second temps, mon entourage a été mis à contribution afin de recruter des sujets. Pour cela, les critères d'inclusion ainsi que le principe de l'étude ont été expliqués.

Enfin, pour compléter l'échantillon de sujets, je suis allée sur des terrasses de café aux centres-villes de Tarbes et Pau afin d'interpeller des personnes en train de fumer (après accord des gérants des bars-cafés). Dans chaque cas, le questionnaire de recrutement était fait rapidement de façon à confirmer l'inclusion du sujet dans l'étude.

Au total, 24 sujets fumeurs ont été recrutés, donc 8 qui n'ont pas donné suite, le principal motif étant l'absence pour cause de vacances.

II.4. Plan de l'étude

II.4.1. Aspect éthique et réglementaire

Selon l'article 2 du décret 2017-884 du 9 mai 2017 (44), cette étude visant à identifier le pharmacien d'officine comme acteur de l'accompagnement du patient fumeur dans l'arrêt du tabac n'est pas une recherche ayant pour objet le développement des connaissances biologiques ou médicales. Ainsi, l'accord du Comité de protection des personnes n'est pas nécessaire.

Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été réalisé le 29 juin 2020 avec la déclaration MR 003 (*Cf. annexe 2*).

II.4.2. Guide des entretiens semi-dirigés

Le guide des entretiens (*Cf. annexe 3*) a été élaboré à l'aide de mon directeur de thèse. Il permet de conduire l'entretien avec un mode semi-dirigé qui conserve une liberté de parole en maintenant un cadre précis.

Ce guide est composé de quatre parties :

- **PARTIE 1 : CONSOMMATION ET PERCEPTION DU TABAC**

Cette première partie a pour objectif de collecter des informations sur le tabagisme du sujet, sur sa relation avec le tabac, de façon à rendre l'entretien moins impersonnel. Elle permet d'aborder progressivement la thématique, tout en mettant en confiance le sujet.

- **PARTIE 2 : ARRET DU TABAC**

Cette partie permet d'aborder la problématique de l'arrêt. Elle permet d'explorer l'impression sur l'arrêt, d'évoquer les précédentes tentatives et d'identifier les motivations actuelles, mais également les freins.

- PARTIE 3 : AIDES À L'ARRÊT DU TABAC ET ACCOMPAGNEMENT

Cette partie permet d'évaluer les connaissances du sujet sur les différents dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac existants. De plus, elle permet de connaître leurs impressions sur la possibilité d'être accompagné par un professionnel de santé pour arrêter de fumer, notamment par le pharmacien d'officine.

- PARTIE 4 : ACCOMPAGNEMENT « IDÉAL » À L'ARRÊT DU TABAC EN OFFICINE

La dernière partie permet de laisser place à l'imagination du sujet. Elle a pour but d'identifier les attentes du sujet fumeur lors d'un accompagnement d'aide à l'arrêt du tabac en officine.

Ce guide a été testé au préalable sur deux personnes qui fument de mon entourage. Ces deux entretiens « tests » ont permis de valider la durée, la faisabilité et la pertinence du guide d'entretien. Aucune modification n'a été apportée à la suite de ces deux entretiens.

II.4.3. Réalisation des entretiens semi-dirigés

Le format d'entretien semi-dirigé a été retenu car il facilite la discussion avec le sujet, lui permettant une plus grande spontanéité dans les réponses, tout en maintenant les lignes directrices du guide. L'objectif était de favoriser les questions ouvertes, en influençant le moins possible les réponses du sujet et en utilisant des relances et des reformulations adaptées aux réponses. Lorsque plus aucun élément de réponse n'était ajouté par la personne enquêtée, une nouvelle question du guide d'entretien était posée.

Chaque entretien a débuté de la même façon : un rappel de l'objet d'étude était fait, en soulignant la possibilité au participant de ne pas répondre à certaines questions s'il le souhaite. De plus, je décrivais brièvement le déroulement de l'entretien et je remerciais le sujet pour sa contribution à l'étude. A la fin de l'entretien, les caractéristiques sociodémographiques du sujet étaient collectées : âge, niveau d'étude, profession, ville. Un formulaire devait également être rempli attestant que la personne avait bien participé à l'entretien et qu'elle m'autorisait à analyser l'enregistrement de façon anonyme. J'ai également proposé d'envoyer à chaque sujet les résultats de l'étude par email une fois l'analyse terminée.

Les entretiens ont tous été réalisés en face-à-face, en lieu neutre pour la plupart (onze entretiens), sur le lieu de travail des sujets pour un entretien, et au domicile des sujets pour quatre entretiens. Les entrevues étaient toutes enregistrées à l'aide d'un dictaphone placé entre la personne interrogée et moi.

II.4.4. Analyse des résultats

Les enregistrements numériques des entretiens semi-dirigés ont servi de base à l'analyse qualitative. Chaque entrevue a été retranscrite intégralement de façon manuelle dans un logiciel de traitement de texte (Word) afin de garantir une analyse rigoureuse des entretiens (45). La retranscription intégrale est définie comme une méthode qui consiste à « reprendre la totalité des informations verbales, paraverbales et non verbales de l'enquêté et de l'enquêteur. Elle consigne les éventuelles interruptions intervenues en cours d'entretien.

L'intégralité des énoncés est reprise mot à mot dans l'ordre de leur énonciation, en respectant les répétitions, les incorrections et toutes les marques relâchées du langage oral. » (45). On obtient le verbatim.

Après cette retranscription, le texte correspondant aux personnes interrogées était mis en rouge et en italique de façon à différencier leurs propos des miens, et d'éviter ainsi les confusions lors de l'analyse. Une analyse thématique des entretiens a été réalisée en utilisant le logiciel de traitement de texte Word. C'est une analyse descriptive qui a pour objectif d'identifier comment l'expérience se passe, et non pas combien de fois elle se produit. (46)

Dans un premier temps, une lecture transversale de tous les entretiens a été effectuée de façon à dégager les premiers thèmes, permettant de s'approprier les éléments saillants des témoignages ainsi qu'une vue d'ensemble de l'élément à analyser (46). Un thème est « un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos » (46). Pour cela, les paroles des personnes ont été fragmentées en mots, groupes de mots ou phrases et recueillis dans un relevé de thème. Une seconde lecture des entretiens a permis de compléter cette liste et de faire émerger des thèmes plus précis relevés des témoignages.

Dans un second temps, les thèmes identifiés après l'analyse de chaque entretien ont été regroupés de façon à créer un arbre thématique, correspondant à un regroupement de thèmes classés en rubriques, divisées en regroupements thématiques, subdivisées en axes thématiques, eux-mêmes divisés en thèmes (46). Objectivement, les thèmes ou sous-thématiques ont été regroupés en thématiques, elle-même regroupées en rubriques.

Les rubriques ont été prédéfinies en amont de l'analyse qualitative. Elles correspondent aux quatre parties du guide d'entretien. Il s'agit :

- De la consommation et de la perception du tabac
- De l'arrêt de la consommation
- Des aides à l'arrêt du tabac et de l'accompagnement
- De l'accompagnement à l'arrêt en officine

La synthèse thématique a été créée à partir de l'arbre thématique à l'aide des logiciel Word et Excel. Cette synthèse a servi de base à la rédaction des résultats.

III. RÉSULTATS

III.1. Caractéristiques des entretiens

Chaque entretien a été anonymisé à l'aide de la lettre E suivi d'un nombre allant de 01 à 16. Les caractéristiques générales de chaque personne interrogée ont été recueillies à la fin de l'entretien : âge, genre, niveau d'étude et activité professionnelle. Ces informations ainsi que la date, le lieu et la durée de l'entretien sont répertoriés dans le tableau 1.

Nom de l'entretien	Genre	Age	Tranche d'âge	Niveau d'étude	Activité professionnelle	Date de l'entretien	Durée de l'entretien	Lieu de l'entretien
E01	Femme	27	25-35	BAC +5	Ingénieur	26/07/2020	25 min 40 s	Centre-ville de Pau
E02	Homme	44	36-45	CAP	Serveur	26/07/2020	27 min 23 s	Centre-ville de Pau
E03	Homme	27	25-35	BAC	Chauffeur-livreur	26/07/2020	18 min 05 s	Centre-ville de Pau
E04	Femme	26	25-35	BAC +3	Responsable régionale d'une entreprise de distribution de palettes	02/08/2020	24 min 47 s	Centre-ville de Tarbes
E05	Femme	34	25-35	BAC +3	Cadre	02/08/2020	19 min 35 s	Centre-ville de Tarbes
E06	Femme	30	25-35	BAC +3	Assistante sociale	9/08/2020	20 min 21 s	A domicile
E07	Femme	52	46-55	BAC +5	Éducatrice spécialisée	13/08/2020	16 min 42 s	Lieu de travail
E08	Homme	33	25-35	BTS	Conseiller en banque	13/08/2020	18 min 35 s	Centre-ville de Tarbes
E09	Femme	26	25-35	BEP	Secrétaire	13/08/2020	20 min 48 s	Centre-ville de Tarbes
E10	Homme	38	36-45	BAC +5	Professeur de mathématiques	13/08/2020	18 min 40 s	Centre-ville de Tarbes
E11	Femme	31	25-35	BAC +3	Délégué commercial	18/08/2020	21 min 55 s	A domicile
E12	Homme	45	36-45	BEP	Coiffeur	24/08/2020	15 min 55 s	Centre-ville de Tarbes
E13	Homme	55	46-55	BAC +2	Agent immobilier	24/08/2020	18 min 55 s	Centre-ville de Tarbes
E14	Femme	25	25-35	CAP	Esthéticienne	24/08/2020	18 min 09 s	Centre-ville de Tarbes
E15	Femme	31	25-35	CAP	Caissière	01/09/2020	21 min 20 s	A domicile
E16	Femme	30	25-35	BAC	Sans emploi	01/09/2020	15 min 41 s	A domicile

Tableau 1 : Caractéristiques des participants et des entretiens.

Seize entretiens ont été réalisés au cours des mois de juillet, août et septembre 2020. L'entretien le plus court a duré 15 minutes et 41 secondes, le plus long 27 minutes et 23 secondes. La durée moyenne des entretiens est de 20 minutes et 9 secondes.

La moyenne d'âge est de 34,6 ans, avec 11 personnes dans les 25-35 ans, 3 personnes dans les 36-45 ans et 2 personnes dans les 46-55 ans.

Lors de cette étude, 6 hommes ont été interrogés et 10 femmes.

Enfin, 11 entretiens ont été menés en milieu urbain (centres-villes de Pau et de Tarbes), 4 au domicile des personnes interrogées, et 1 sur le lieu de travail du sujet.

Les résultats se divisent en quatre parties, reprenant les quatre grands thèmes des entretiens semi-dirigés. Chaque thème sera étudié en fonction des réponses apportées par les participants à cette étude. Les phrases extraites des entretiens permettront d'illustrer cette analyse et seront présentées entre guillemets et en italique.

III.2. Consommation et perception du tabac

III.2.1. Perception du tabac

Le tabac occupe une place importante dans le quotidien du fumeur ; il est perçu de différentes manières.

Le mot tabac est associé à un moment de détente, de plaisir, de pause : « *Elle m'apporte le calme et la sérénité...* » (E02), « *répit* » (E05, E16), « *réconfort* » (E12) ; voire de gestion d'anxiété et de stress chez des individus : « *anti-stress, ..., antidépresseur* » (E01), « *nécessité, besoin* » (E14).

Cependant, cette perception est négative chez certains fumeurs : « *toxique* » (E03), « *addiction* » (E06, E09), « *poison* » (E07), « *drogue* » (E10, E11), mettant ainsi en évidence une lucidité sur les effets néfastes de la cigarette sur la santé.

Plusieurs personnes caractérisent leur consommation comme longue : « *Je fume depuis longtemps ...* » (E01), « *Presque 30 ans ... Ça commence à faire beaucoup.* » (E12)

III.2.2. Début et causes de la consommation

La majorité des participants de cette étude ont eu leur premier contact avec la cigarette lors de l'adolescence, entre 13 et 20 ans. Seuls deux participants ont vu leur consommation débiter plus tard, à l'âge de 22 ans d'une part, et 28 ans d'autre part.

Les causes de l'entrée dans le tabagisme des sujets interrogés sont attribuées :

- A l'influence et l'effet de groupe : « *A l'âge de 16 ans au lycée avec des amies d'enfance. On voyait cela comme un défi. Au début c'était vraiment pour essayer, je n'aimais pas vraiment ça, mais j'aimais bien le côté social.* » (E01) ; « *J'ai commencé avec des copains de classe pour faire le grand. Mes parents fumaient à l'époque, je leur volais des cigarettes et je fumais devant l'école.* » (E02) ; « *J'ai commencé avec un groupe d'amis en vacances, tous étaient plus âgés que moi, je voulais faire comme les autres.* » (E05) ; « *J'étais souvent seule, je fréquentais un groupe d'amis plus âgés, alors j'ai voulu faire comme eux* » (E07) ; « *J'ai commencé en vacances avec mes grands cousins.* » (E09) ; « *Avec mon groupe d'amis, nous avons voulu essayer faire comme tout le monde, et j'ai continué.* » (E11) ; « *J'ai commencé vers 19 ans dans le milieu professionnel, ceux qui fumaient à la pause étaient beaucoup plus cool et sympas avec moi, à force de rester avec eux, j'ai commencé à faire comme eux.* » (E13) ; « *En côtoyant des fumeurs.* » (E14) ; « *J'ai commencé au lycée, avec les copines, pour tester. Il y en a une qui fumait déjà, on achetait un paquet de temps en temps pour essayer, en groupe.* » (E16)
- A un contexte festif : « *Puis j'ai commencé à beaucoup sortir en boîte de nuit et l'influence plus l'alcool ont fait que j'ai fumé ma première cigarette.* » (E03) ; « *J'ai commencé en soirée pour faire comme les autres* » (E04) ; « *Vers la fin de mes études j'ai commencé tout bêtement avec des copains de ma classe en soirée.* » (E08)
- A des difficultés de parcours : « *Ma consommation a augmenté pendant une période difficile dans ma vie. Échec affectif et échec professionnel.* » (E03) ; « *C'était une période compliquée dans ma vie, mes parents ont divorcé, j'étais souvent seule* »

(E07) ; « *Après un événement familial tragique.* » (E12) ; « *J'ai commencé à fumer après le décès d'un proche.* » (E15)

Malgré cette consommation tabagique, certains sujets étaient jusque-là « anti-fumeur » : « *Au début j'étais anti-tabac. C'est-à-dire que j'avais pleins d'amis qui fumaient et je trouvais ça ridicule.* » (E03) ; « *Je me souviens qu'au début je détestais l'odeur.* » (E05)

III.2.3. Mode de consommation

Principalement des cigarettes manufacturées

Au sujet du type de cigarettes fumées, la plupart des sujets interrogés consomment des cigarettes manufacturées exclusivement. Les autres, quant à eux, consomment également des cigarettes roulées, soit pour le côté économique, soit pour le côté pratique : « *J'ai commencé avec des cigarettes classiques, qu'on appelle blondes, mais dans un souci financier, je me suis mis à fumer des roulées.* » (E01) ; « *Des roulées pendant très longtemps, et encore à la maison. Et des cigarettes classiques au travail, car bien plus pratique.* » (E03)

Une personne a également ajouté avoir consommé du cannabis en commençant la cigarette : « *Quand j'ai commencé à fumer, je ne fumais pas que du tabac. Ça n'a pas duré mais le tabac oui !* » (E10). Cela témoigne d'un risque plus important pour un consommateur de cigarettes d'aller vers des substances psychoactives, notamment fumées.

Des « petits » et « gros » fumeurs

Concernant la quantité de cigarettes fumées, certains sujets qualifient leur tabagisme. Plusieurs personnes interrogées utilisent des termes décrivant une importante consommation : « *Ah moi je suis ce qu'on appelle un gros fumeur : 20 à 25 cigarettes par jour.* » (E02) ; « *J'étais un gros fumeur il y a quelques temps, j'étais à plus d'un paquet par jour.* » (E03) ; « *Je fume beaucoup en ce moment, je suis à minimum un paquet par jour quand je travaille.* » (E04). D'autre part, d'autres sujets considèrent leur consommation faible : « *Je n'étais pas une grosse fumeuse, j'étais à 5 voire 6 cigarettes maximum par jour.* » (E05) ; « *Je ne fume pas beaucoup, entre 4 et 5 cigarettes par jour.* » (E15). Il est également remarquable que cette appréciation de la quantité de cigarettes fumées soit subjective d'une personne interrogée à l'autre ; en effet pour une quantité similaire de cigarettes fumées, une personne trouve cette consommation importante, et l'autre faible : « *Beaucoup, en moyenne 10-15 cigarettes par jour.* » (E06) ; « *Je ne suis pas une grosse fumeuse. Enfin, ça dépend comment on évalue la consommation. Je fume environ un demi-paquet de cigarettes par jour...* » (E09).

Une consommation variable selon les contextes

Un fait est redondant dans les différents entretiens : la consommation augmente dans certains contextes. En effet, plusieurs participants décrivent une consommation beaucoup plus importante lors d'événements festifs, et de soirées : « *ma consommation peut augmenter lors d'évènements, par exemple en soirée je peux fumer jusqu'à un paquet.* » (E01) ; « *La consommation peut augmenter quand il y a des fêtes, quand je bois de l'alcool.* » (E02) ; « *Mais je peux fumer plus quand je suis invitée à un évènement, surtout en extérieur, type anniversaire, mariage ... là je ne compte plus !* » (E04) ; « *Surtout pendant des moments*

conviviaux. » (E06) ; « *Et plus quand j'ai des évènements festifs.* » (E10). Ainsi, la consommation de tabac ici est plus associée au plaisir, à la détente et est souvent corrélée à la consommation d'alcool.

Cependant dans d'autres cas, on constate une augmentation de la consommation mais dans un contexte de difficultés : « *Ma consommation a augmenté pendant une période difficile dans ma vie. Échec affectif et échec professionnel.* » (E03) ; « *Je n'étais pas une grosse fumeuse, j'étais à 5 voire 6 cigarettes maximum par jour. Puis le confinement est arrivé ! Le télétravail plus les enfants à la maison ... ça ne m'a vraiment pas aidé. Donc actuellement je fume 10 à 15 cigarettes par jour et je trouve que c'est trop.* » (E05). Le tabac retrouve ici un rôle de calmant, voire d'anxiolytique.

Une consommation non consciente

Enfin, il a été demandé à chacun des participants de décrire leur consommation de tabac pendant une journée. Cet exercice n'a pas été aisé pour toutes les personnes interrogées. En effet, une consommation automatique, non réfléchie est mentionnée dans plusieurs entretiens : « *je fume quand j'en ai envie, ce n'est pas trop réfléchi. C'est beaucoup par habitude.* » (E02) ; « *Je fume du matin au soir (rires).* » (E10) ; « *Je fume toute la journée, dès que cela est possible, je suis ce qu'on appelle un gros fumeur.* » (E12) ; « *Dès que je peux je fume* » (E14).

Pour les personnes ayant réussi à décrire leur journée type avec le tabac, une habitude est redondante : la consommation d'une cigarette dès le réveil le matin, le plus souvent associée au café : « *Je fume le matin avec mon café. Si je n'ai pas cette cigarette, j'ai la sensation de ne jamais me réveiller.* » (E01) ; « *Je fume le matin après mon petit déjeuner. C'est un moment que je ne peux pas sauter sinon je passe une mauvaise journée. J'ai toujours hâte de terminer mon petit-déjeuner pour avoir ces minutes de pause avant de me préparer.* » (E04). Cette consommation dès le réveil témoigne d'une dépendance importante vis-à-vis du tabac.

Des habitudes de consommation

L'association de la cigarette au café ressort également de plusieurs entretiens, mettant en évidence souvent une consommation importante de café : « *Je fume ma première cigarette au travail généralement pendant le café, ou à domicile après le café* » (E09) ; « *Le matin je fume après le café, puis à chaque café* » (E13). D'autre part, une autre habitude ressort de cette étude, la cigarette après le repas : « *Ensuite j'ai la cigarette obligatoire après manger, sinon j'ai l'impression que la digestion ne se fait pas et que le repas me reste sur l'estomac.* » (E04) ; « *Puis j'en fume deux ou trois le matin. Une après avoir mangé le midi avec le café.* » (E03).

Certains participants ont tendance à fumer de façon plus importante au travail : « *Je fume beaucoup au travail, lors des pauses. En gros je fume trois cigarettes par pause au travail.* » (E08), « *Au travail principalement pendant les pauses* » (E15) ; notamment les personnes qui passent beaucoup de temps en voiture et/ou au téléphone : « *je fume beaucoup dans ma voiture. Mon travail fait que je me déplace beaucoup, je passe beaucoup de temps dans ma voiture. Donc dès que j'en ai envie je fume. J'ai aussi une habitude, quand je suis au téléphone, je fume systématiquement, sans forcément en avoir envie.* » (E04) ; « *Ensuite dans la voiture... beaucoup dans la voiture parce que j'y passe du temps à cause du travail. Le midi je suis*

souvent seule donc souvent au téléphone. Et machinalement je fume tout le temps en parlant. » (E11).

La cigarette d'après le travail est souvent citée : « *Et je fume une cigarette en rentrant le soir chez moi après mon service. C'est la cigarette pour décompresser. » (E02) ; « Et la meilleure c'est quand j'ai fini ma journée ! » (E03) ; « En rentrant le soir j'ai toujours la cigarette pour décompresser de la journée. » (E04) ; « Le soir je fume aussi pour décompresser de la journée de travail. » (E16). Ces cigarettes permettent de se détendre et lâcher prise.*

En famille, moins de cigarettes mais essentielles

A la maison, la consommation tabagique de plusieurs personnes interrogées se voit diminuée en présence des proches, et organisée en fonction du rythme des enfants : « *A la maison la seule cigarette que je fume est celle du soir après que les enfants soient couchés pour décompresser de la journée. » (E05) ; « Ça dépend de mon fils. Généralement il y a la cigarette du matin, celle à la pause du matin, quand il fait sa sieste, après manger, au gouter, et beaucoup le soir quand il dort. » (E06) ; « C'est vraiment mes cinq minutes « off ». Pendant les temps de sieste, c'est le premier truc que je vais faire. Idem quand ils vont se coucher le soir. C'est là que ma consommation est la plus forte. » (E16).*

III.2.4. État des lieux sur la prise en charge par un professionnel de santé

Il m'est apparu essentiel de faire le point avec chacun des participants sur une éventuelle prise en charge passée par un professionnel de santé, de façon à identifier les limites et les leviers permettant une réussite de l'arrêt du tabac. Ainsi, ce qui m'a intéressée ici, ce sont les personnes ayant déjà fait appel à un professionnel de santé pour initier un arrêt de la cigarette mais dont la démarche s'est soldée par un échec.

Des professionnels identifiés

La plupart des personnes interrogées a déjà consulté ou demandé des renseignements relatifs à l'arrêt du tabac auprès leur médecin traitant, leur sage-femme ou leur pharmacien.

Certains se sont même adressés à plusieurs professionnels, comme en témoigne cette réponse : « *Oui plusieurs, avec le gynécologue bien avant la grossesse, ensuite pendant la grossesse la sage-femme m'en a beaucoup parlé mais j'avais déjà arrêté. J'avais aussi été voir une hypnothérapeute. J'en ai aussi parlé à un pharmacien il y a quelques années, je m'étais renseignée sur les substituts nicotiques parce que ma collègue avait des patches, mais je n'en ai pas pris. A cette période, à l'endroit où je travaillais, on avait droit à une consultation gratuite chez un tabacologue, c'était le médecin du travail qui me l'avait dit, mais je n'y suis jamais allée. C'est la raison pour laquelle j'étais allée me renseigner en pharmacie. Mais à l'époque ce n'était pas pris en charge. Et j'avais peur d'utiliser des substituts sans suivi. » (E06).*

Souvent une absence de suivi

D'autres témoignages illustrent un début de prise en charge mais sans continuité de soins, sans suivi : « *J'en ai aussi parlé avec mon pharmacien qui m'a déjà conseillé des patchs et des gommes mais ça n'a pas marché.* » (E02) ; « *Il m'avait fait une ordonnance avec des patchs, mais que je n'ai jamais utilisé, parce que je ne pense pas que je pourrai arrêter juste comme ça, avec des substituts. L'ordonnance doit encore être dans un tiroir chez moi.* » (E04).

L'importance du relationnel

Un fait marquant émane d'un participant, qui décrit ne pas vouloir parler de sa consommation de tabac avec un professionnel de santé après une mauvaise première expérience : « *Un médecin généraliste que j'avais consulté pour une bronchite m'en avait parlé car il avait senti l'odeur de la cigarette sur moi. Mais j'avais détesté la façon dont il m'en avait parlé, il avait un ton moralisateur et j'ai horreur de ça. J'ai l'impression qu'on nous fait la leçon à nous, fumeurs, comme si on ignorait les effets du tabac sur la santé. Et j'ai la sensation d'être jugée. Donc c'est vrai que par la suite j'ai toujours essayé de cacher aux différents professionnels de santé que je fumais pour ne pas qu'on me fasse la morale.* » (E01).

De plus, une des personnes interrogées reconnaît de pas avoir souhaité en parler à un professionnel de santé de peur d'être jugée sur sa consommation concomitante à une grossesse : « *Uniquement lors de mes grossesses mais je n'ai pas réussi, juste une réduction je ne fumais que 5 cigarettes par jour. Je n'ai pas usé d'outils je n'en parlais pas à ma sage-femme, par peur de son regard, d'être jugée, je le regrette à présent.* » (E07).

III.3. L'arrêt de la consommation de tabac : vécu et projection

III.3.1. Bilan sur les tentatives passées d'arrêt de la cigarette

La plupart des personnes interrogées ont déjà arrêté le tabac au moins une fois, pendant des durées plus ou moins longues, allant de six mois à deux ans.

Arrêt seul et sans aide

Certains sujets ont interrompu leur consommation sans aucune aide, aucun suivi : « *Oui j'ai arrêté pendant mes deux grossesses sans trop de problème car je pensais surtout à mon enfant. Juste avec beaucoup de volonté.* » (E05) ; « *J'avais arrêté d'un coup. Sans aide.* » (E10) ; « *Sur un coup de tête, j'ai arrêté toute seule sans demander d'aide.* » (E15).

Arrêt avec un apport de nicotine

D'autres ont eu recours à différentes aides à l'arrêt de la cigarette, comme les substituts nicotiques ou la cigarette électronique : « *Pour le décès de ma mère j'avais pris une cigarette électronique au début. Ça m'a aidé pour le geste et ça faisait passer l'envie. Pour le moi(s) sans tabac j'ai essayé les patchs et les gommes.* » (E02) ; « *Seul. J'ai essayé le sevrage sauvage plusieurs fois. Puis j'ai aussi testé les patchs, la cigarette électronique.* » (E08) ; « *Oui, plusieurs fois. J'ai arrêté la première fois en 2013 avec la cigarette électronique.* » (E06).

Arrêt avec un professionnel de santé

Seules quelques sujets évoquent une prise en charge par un professionnel de santé lors de leurs précédentes tentatives d'arrêt : « *Suivi par mon pharmacien, je le rencontrais au comptoir une fois par mois selon mes dispo pour faire le point, j'avais des patchs et chewing-gums à la nicotine, que j'avais fait prescrire par mon médecin traitant.* » (E09) ; « *Première fois en 2013 avec la sage-femme nous nous sommes fixés 5 cigarettes par jours, puis 4 puis 3... jusqu'à l'arrêt définitif vers les 5 mois de grossesse [...]. En 2015 ; lors du rendez-vous chez le tabacologue nous avons parlé de ma consommation et ensuite j'ai eu des patchs.* » (E11).

Le ressenti du sevrage

Concernant le ressenti sur ces arrêts du tabac, les sujets évoquent une période « *difficile* » (E02, E06, E10, E11), voire « *douloureuse* » (E12), « *stressante* » (E07), « *frustrante* » (E15), où l'envie demeurait « *persistante* » (E08).

A contrario, quelques personnes décrivent « *aucune frustration* » (E01), une période « *rassurante* » (E09), voire « *un très bon souvenir* » (E05).

III.3.2. Motivations et freins pour un futur arrêt

Tous les sujets interrogés souhaitent arrêter de fumer ou envisagent cet arrêt à plus ou moins court terme. Afin de leur apporter une aide à l'arrêt pertinente et efficace, il leur a été demandé d'identifier leurs sources de motivation, et l'environnement idéal permettant le sevrage.

III.3.2.1. Les motivations à l'arrêt

La maladie

En tête des raisons de cette volonté d'arrêt, on retrouve la santé, avec la crainte de développer une maladie grave : « *Pour ma santé, le cancer est une maladie qui a déjà touché ma famille et qui me fait très peur.* » (E01), mais aussi l'apparition ou l'aggravation de maladie chronique : « *Pour des raisons de santé, je fais beaucoup de bronchites. Et je sais que c'est à cause de la cigarette.* » (E13). Les signes du tabagisme sur l'apparence physique ont également été mentionnés par plusieurs participants, par exemple : « *Puis pour ma santé aussi, j'ai moins de souffle, ma peau est terne, les rides arrivent vite ...* » (E04).

L'argent

Une autre motivation évidente est l'aspect financier, qui s'est vu s'agrandir ces dernières années : « *Financièrement je préférerais tellement investir tout cet argent dans des voyages plutôt que dans les cigarettes.* » (E04). Plusieurs participants ont trouvé une alternative en allant acheter leurs cigarettes à la frontière espagnole : « *Heureusement qu'on a la frontière espagnole à proximité ! Mais ça reste un coût.* » (E12) ; « *Je me débrouille pour aller chercher mes cigarettes régulièrement à la frontière espagnole, mais ça reste un budget important. J'aimerais consacrer cet argent à d'autres projets.* » (E02).

La famille

L'entourage et la famille des personnes est aussi une source de motivation à l'arrêt du tabac, qui peut être à l'origine de conflit : « *Oui j'ai envie d'arrêter parce qu'on se dispute beaucoup avec ma copine à cause de ça.* » (E03). La relation avec les enfants et le devoir d'exemplarité représentent aussi des leviers motivationnels intéressants : « *Mais également car ma fille aînée a commencé à fumer ce qui me rend malade, je dois être cohérente dans mes positions.* » (E07) ; « *Les enfants qui grandissent et qui reproduisent énormément, surtout mon deuxième qui reproduit tous nos gestes* » (E16). Enfin le désir d'enfant est un but dans le souhait d'arrêt : « *Et on a pour projet de faire un enfant, je ne veux pas fumer quand il arrivera.* » (E03) ; « *Oui pour des raisons de santé, également car je projette d'avoir un enfant et je sais mes chances sont réduites tant que je fume.* » (E09).

La perte de liberté

D'autre part, les phénomènes de dépendance et de tolérance sont distinctement décrits par plusieurs personnes interrogées et renforcent cette volonté d'arrêt : « *Puis pour arrêter d'être esclave d'une substance... C'est vraiment une drogue et je veux m'en débarrasser. Je me suis surprise quelques fois à être dans un état de stress profond quand je n'avais plus de cigarette. A faire le tour de tous les bureaux de tabac pour essayer d'en trouver.* » (E01) ; « *Comme je vous disais j'ai l'impression de ne plus contrôler ma consommation. Depuis le confinement et cet ambiance anxigène, j'ai augmenté ma consommation.* » (E05)

III.3.2.2. L'environnement idéal

Il a été demandé par la suite à chacun des participants de décrire l'environnement idéal permettant un arrêt de la cigarette. Plusieurs thèmes ont émané des réponses :

Des conditions favorables à l'arrêt

Plusieurs entretiens ont mentionné l'importance d'être calme, apaisé et éloigné de tout stress lors de l'arrêt de la cigarette : « *Je pense qu'il faut être bien dans sa tête, dans un environnement serein.* » (E01) ; « *A mon avis, il faut être bien dans sa tête, il faut être serein, calme, ne pas avoir de gros souci en cours.* » (E04) ; « *Je pense qu'il faut être bien dans son esprit et éliminer les tensions qui pourraient faire rechuter. Il faut être stable au niveau professionnel et personnel.* » (E15) ; « *Il faut chasser toute source de stress de son quotidien.* » (E05).

La motivation personnelle

La volonté d'arrêt et la motivation sont des points de départ du processus d'arrêt ; les personnes interrogées l'ont aisément verbalisé : « *Je pense qu'il faut le vouloir vraiment, et ne pas avoir le choix aussi.* » (E02) ; « *Il faut surtout être très motivé.* » (E03) ; « *Il faut de la volonté, beaucoup de volonté. C'est dans la tête.* » (E12).

L'entourage familiale et amical

La famille et les amis jouent un rôle important, tant sur le renforcement de la motivation pour arrêter le tabac, que sur le maintien de celle-ci après l'arrêt : « *Il faut être soutenu par son entourage* » (E01) ; « *Pourquoi pas arrêter de fumer en même temps que ses amis, ça peut être un challenge !* » (E02) ; « *Pour réussir l'arrêt il faut qu'on se mette d'accord mon mari et moi, il faut qu'on arrête ensemble.* » (E16).

La prise en charge par un professionnel de santé et un accompagnement

Le suivi par un professionnel apparaît essentiel pour plusieurs participants : « *Mais je pense que le gros du travail est dans la tête, c'est pour ça que c'est bien d'être accompagné par une tierce personne, pour dénouer cette addiction. Ça peut être n'importe quel professionnel, mais juste le fait d'en parler, ça peut permettre de comprendre quelle fonction peut avoir la cigarette.* » (E06) ; « *Je pense que tout est possible, mais pour ma part, je dois être accompagnée, seule je manque de volonté, je baisse les bras bien trop vite.* » (E07) ; « *Quelqu'un qui trouve en moi les ressources nécessaires à l'arrêt et que je réussisse à me reconstruire un quotidien sans cigarette.* » (E10) ; « *Je me suis senti très seul quand j'avais essayé d'arrêter il y a quelques années. Et il faut se faire aider. Seul c'est impossible quand on est un gros fumeur comme moi.* » (E12).

Le changement des habitudes

Enfin, il faut se réorganiser un quotidien sans tabac : « *Il faut aussi se trouver des nouveaux rituels qui remplaçaient les moments café clope, permettant de se détendre sans la cigarette.* » (E01) ; « *Je pense qu'il faut aussi se consacrer dans de nouveaux projets qui occuperont notre esprit.* » (E05). Les sujets mentionnent aussi l'importance selon eux d'éviter les situations à risque de fumer : « *Réduire les soirées pendant un temps aussi pour éviter la tentation, et je pense que ça va être le plus dur pour moi.* » (E03) ; « *Éviter d'être au contact de fumeurs, surtout les premiers temps, éviter les soirées, les apéros ...* » (E05). La pratique d'une activité sportive peut également aider à l'arrêt : « *Je pense aussi qu'il faut que je reprenne le sport et que je fasse attention à mon alimentation pour ne pas prendre du poids.* » (E01) ; « *Du sport aussi pour éviter de prendre trop de poids. Ça aussi c'est quelque chose que je redoute énormément.* » (E13).

III.3.2.3. Les principaux freins

La plupart des participants à cette étude trouvent leur contexte de vie actuel encourageant afin d'initier un arrêt de la cigarette. Cependant, deux principaux freins à cet arrêt sont principalement mentionnés :

Le stress au travail

Le travail et le stress associé ; « *En frein, sans hésitation, je dirai mon travail. Je pense que si je faisais un autre métier, j'aurais peut-être arrêté depuis longtemps ...* » (E02) ; « *En frein j'identifierai le travail. Et je ne sais pas si j'arriverai à tenir au travail sans mes pauses cigarettes.* » (E13) ; « *Le frein est mon travail, tout le monde fume, c'est toujours très tentant.* » (E08).

L'entourage fumeur

L'autre frein décrit plusieurs fois est le côtoiement de personnes qui fument et la tentation associée : ; « *Les freins restent de côtoyer les proches qui fument.* » (E14). Ce fait est d'autant plus préoccupant pour les personnes dont le partenaire fume : « *Le seul frein pour moi est qu'il reste pas mal de personnes de mon entourage qui fument dont mon compagnon avec qui je vis.* » (E15) ; « *Le gros frein à mon arrêt : les gosses ! Et mon mari. Mais c'est un très jeune fumeur, il a commencé il y a juste un an, et je n'ai pas eu envie de le stopper. Parce que pour moi c'était arrangeant à ce moment-là.* » (E16).

III.4. Moyens d'arrêt du tabac et accompagnements possibles

III.4.1. Aides envisagées pour le prochain arrêt

Il a été demandé aux participants s'ils envisageaient une aide pour arrêter de fumer lors de leur prochain arrêt.

Quelques participants ont évoqué le souhait de n'avoir recours à aucune aide, aucun accompagnement lors de leur arrêt de la cigarette : « *Alors non, dans un premier temps j'ai vraiment envie d'essayer d'arrêter seule.* » (E05) ; « *Non j'ai envie de rien utiliser. J'ai envie de penser que je suis assez forte pour arrêter de moi-même sans aide.* » (E14).

A contrario, une large partie des sujets souhaitent avoir recours à une aide, mais sans savoir précisément laquelle pour l'instant. Pour les autres, plusieurs moyens d'aide à l'arrêt ont été mentionnés lors de des entretiens.

- La cigarette électronique a été citée plusieurs fois, permettant de remplacer la cigarette tout en conservant ses habitudes : « *Je songe très sérieusement à acheter une cigarette électronique, ce qui me permettrait de conserver ma vie sociale sans être frustrée de ne pas fumer. Je pense que ça peut m'aider progressivement à arrêter la cigarette, en palliant aussi le manque de nicotine.* » (E01) ; « *Peut-être essayer la cigarette électronique mais cette idée ne plaît pas trop à ma copine car elle trouve que je vais déplacer le problème.* » (E03).
- L'hypnose trouve aussi sa place dans les réponses. Certains fumeurs souhaitent expérimenter cette technique réputée pour permettre l'arrêt définitif de la cigarette : « *Oui absolument. Je n'y arriverai pas seul. Je pense essayer l'hypnose, j'ai un collègue qui l'a fait et ça a marché.* » (E02) ; « *J'ai pensé à l'hypnose qui a fonctionné pour une amie. Je commence à me renseigner.* » (E15).
- Les substituts nicotiniques ont également été mentionnés : « *J'ai autour de moi plusieurs personnes qui ont arrêté de fumer grâce à des substituts nicotiniques, mais aussi des médecines douces. Il faut un soutien et un suivi.* » (E08).
- L'accompagnement par un professionnel de santé a également été évoqué : « *Oui car je pense que seule je replongerai plus facilement, un accompagnement me délimitera un cadre à respecter, des objectifs. J'aimerais un professionnel avec qui je pourrai verbaliser mes difficultés mais également mes victoires.* » (E07).

III.4.2. Accompagnements possibles par un professionnel de santé

Dans cette partie de l'entretien, les sujets ont été interrogés sur l'accompagnement de l'arrêt du tabac par un professionnel de santé. Il leur a été demandé quel était selon eux le professionnel de santé le plus crédible pour effectuer cet accompagnement, dans le but d'identifier la place du pharmacien d'officine dans les réponses, et d'introduire dans la suite de l'entretien la possibilité d'une prise en charge en pharmacie d'officine.

Le médecin, premier identifié pour arrêter

La majorité estime que le médecin (généraliste ou tabacologue) reste le professionnel le plus crédible pour un accompagnement d'aide à l'arrêt du tabac : « *Le plus crédible par définition c'est le tabacologue.* » (E04) ; « *A son médecin de famille car il nous connaît très bien.* » (E05).

La sage-femme, un rôle essentiel chez la femme enceinte

La sage-femme est citée par les patientes fumeuses dans le cadre d'un suivi de grossesse : « *Oui avec ma sage-femme, pendant mes grossesses, durant lesquelles j'ai arrêté de fumer.* » (E05) ; « *Oui plusieurs, avec le gynécologue bien avant la grossesse, ensuite pendant la grossesse la sage-femme m'en a beaucoup parlé mais j'avais déjà arrêté.* » (E06)

Le pharmacien, un acteur bien identifié et reconnu

La moitié des sujets évoquent le pharmacien d'officine comme un professionnel de santé à qui il est possible de demander des renseignements sur l'arrêt de la cigarette. De nombreux points positifs à cette prise en charge en pharmacie ont été identifiés.

- Le plus récurrent est la proximité du pharmacien d'officine. En effet, le maillage officinal au niveau des territoires permet une facilité d'accès pour tous et toutes : « *Le point positif est l'accessibilité. Toute personne peut se rendre dans une pharmacie facilement.* » (E04).
- Le pharmacien d'officine semble être plus disponible que d'autres professionnels de santé : « *Le gros point positif est la proximité du pharmacien. Ce n'est pas comme les médecins, pas besoin de rendez-vous pour aller le voir, il est beaucoup plus accessible que le médecin.* » (E02) ; « *Il est facilement abordable, on peut facilement se rendre en pharmacie sans rendez-vous, demander des conseils gratuitement, ce n'est pas négligeable.* » (E01) ; « *Favorable pour certains et plus accessibles que les médecins. Et un avis est toujours bon à prendre, surtout médical c'est non négligeable. Puis la pharmacie ça reste quand même le seul endroit où on peut avoir un conseil d'un professionnel sans payer.* » (E14).
- La relation entre le patient et le pharmacien d'officine est aussi un aspect positif à cette prise en charge. Le contact est plus simple et plus aisé selon les personnes interrogées : « *Le côté médical est toujours rebutant. Le pharmacien est plus accessible, prend plus le temps que le médecin. Il y a une distance instaurée avec le médecin que je n'ai pas avec mon pharmacien. Et je peux le voir facilement sans rendez-vous.* » (E13) ; « *j'ai l'impression qu'il y a moins de jugement, j'ai l'impression*

que le médecin traitant doit aller vite parce qu'il n'a pas le temps. J'ai l'impression que le pharmacien a plus de temps à accorder. » (E16).

- L'expertise et les connaissances du pharmacien d'officine sont des arguments en faveur d'un suivi en pharmacie d'officine : « Favorable dans la mesure où le pharmacien peut proposer autre chose que des patchs par exemple. Il a une connaissance des alternatives aux médicaments, comme la phytothérapie, l'aromathérapie, la micronutrition. » (E15) ; « Positifs car le pharmacien maîtrise plein de médicament pour les symptômes annexes de l'arrêt (anxiété, stress, prise de poids). » (E09).

Les freins à l'accompagnement officinal

De nombreux éléments négatifs à une potentielle prise en charge en pharmacie d'officine ont été évoqués. Étudier ces éléments permet de les comprendre, puis de les surmonter afin d'élaborer une prise en charge efficace et pertinente :

- Le suivi individualisé et continu. L'inquiétude de ne pas être suivi par le même professionnel tout au long du parcours d'arrêt du tabac a été verbalisée par plusieurs participants : « Le seul point négatif serait de ne pas avoir un suivi avec une seule personne qui connaît notre dossier. Et de venir un jour où le pharmacien qui s'en occupe n'est pas présent. Parce qu'un médecin, on est sûr de le trouver dans son cabinet, dans une pharmacie, l'équipe tourne. » (E06) ; « Dans une pharmacie je ne tombe jamais sur le même professionnel, souvent sur des préparateurs, je ne vois pas comment faire un suivi dans la continuité. » (E10) ; « Pourquoi pas mais pour ma part, je dépends d'une grande pharmacie je n'ai pas la sensation que les professionnels me connaissent réellement et je ne sais pas s'il s'inscrirait dans un suivi moyen long terme. » (E07).
- Une hétérogénéité de suivi d'une pharmacie à l'autre. Une telle prise en charge ne semble pas être possible dans toutes les officines selon certains sujets : « Il y a les pharmaciens très proches de leurs clients, il y en a d'autres dont on n'a jamais vu la tête ! Et finalement on ne connaît que les préparateurs. Je ne sais pas si c'est une démarche que l'on pourrait faire dans n'importe quelle pharmacie » (E01).
- Le manque de confidentialité. « Le point négatif est le manque de confidentialité et d'aisance lors des échanges au comptoir » (E09) ; « Je trouve aussi que ce n'est pas évident d'en parler au comptoir de la pharmacie, dans certaines pharmacies les comptoirs sont très proches les uns des autres. » (E01).
- L'aspect financier est un frein à cette prise en charge en pharmacie d'officine. Alors que certains fumeurs s'inquiètent de l'aspect mercantile d'un tel dispositif : « En négatif : je ne sais pas si c'est un rôle qui irait au pharmacien, j'aurai peur qu'il profite de ce nouveau rôle pour faire de la vente forcée pour aider la personne à arrêter. Je pense que le médecin est plus apte à aider que le pharmacien. » (E03), d'autres évoquent comme limite l'absence de remboursement des substituts nicotiques en officine : « La fois où j'ai arrêté de fumer, c'est suite aux conseils de mon pharmacien. Et quand j'ai demandé à mon médecin de me prescrire les médicaments pour qu'ils soient remboursés, il me m'a posé aucune question, il ne m'a rien demandé. C'est

inutile. Dans des contextes comme celui-ci, le pharmacien devrait pouvoir prescrire. » (E09) ; « Par contre, si c'est payant, c'est négatif. » (E12).

La nécessité d'aborder la consommation de tabac en officine

La plupart des personnes interrogées déclarent ne jamais avoir abordé l'arrêt du tabac avec leur pharmacien. Cependant, la majorité estiment que si un dispositif d'aide à l'arrêt du tabac existait en pharmacie d'officine, cela pourrait leur être bénéfique et augmenter leurs chances de réussite : « *Oui c'est une aide supplémentaire. Le pharmacien est proche de sa clientèle, surtout dans les petites pharmacies de village. Donc il voit les gens arrêter de fumer, réussir ou échouer. Donc il doit avoir un certain recul sur la question et peut nous orienter en fonction de notre consommation, de nos envies et de notre profil. » (E04) ; « Oui totalement tant qu'il y a un soutien moral et aussi un accompagnement adapté, je pense que les pharmaciens sont formés dans ce sens. » (E08).*

III.5. Projection d'un accompagnement de l'arrêt en officine

Concentrons-nous à présent sur un accompagnement en pharmacie. Il a été demandé à chaque participant de décrire un programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal en officine.

III.5.1. Dispositif idéal d'aide à l'arrêt du tabac en pharmacie

Des entretiens individuels dans un lieu confidentiel

Pour plusieurs participants, ce dispositif doit prendre le format de rendez-vous avec le pharmacien dans un lieu confidentiel : « *Pour mon cas, j'aurai besoin de pouvoir voir le pharmacien quand j'en ressens le besoin. Qu'il y ait un système de rendez-vous rapide par exemple. Je souhaiterais être suivie par une seule personne, ne pas changer d'interlocuteur. Idéalement ces rendez-vous devraient avoir lieu dans un lieu confidentiel, afin de préserver l'anonymat. Il faudrait des rendez-vous courts, gratuits ce serait un plus. » (E01). Un suivi personnalisé est très important pour les patients fumeurs qui souhaitent un programme sur-mesure, adapté à chacun : « *Je pense que le système de rendez-vous est le meilleur moyen de faire un suivi personnalisé. Je pense que c'est le meilleur moyen d'adapter la prise en charge à la personne qui fume. On est tous différents, et ce qui marchera pour l'un ne marchera pas pour l'autre. » (E01) ; « Il faudrait qu'un genre de diagnostic soit fait par le professionnel afin d'évaluer la consommation, en fixant des objectifs. Tout serait mis en place en fonction du patient et de ses disponibilités. » (E07) ; « Un suivi honnête gratuit et à disposition du patient, avec de véritables conseils par des solutions médicamenteuses, pourquoi pas médecine douce, alternatives, homéo. Ce qu'il faudrait c'est un programme à l'initiative du patient et pour le patient. » (E13).**

Une fréquence de suivi individualisée les premiers mois

Ces rendez-vous peuvent être hebdomadaires lors de la prise en charge initiale, puis progressivement espacés : « *J'aimerais pouvoir être reçu par mon pharmacien pour qu'on puisse discuter. Peut-être sous forme de rendez-vous toutes les semaines ? Et les rendez-vous seraient espacés au fur et à mesure. Il faudrait aussi pouvoir contacter le pharmacien*

quand on le souhaite, pouvoir ajuster les rendez-vous... pourquoi pas aussi des rendez-vous téléphoniques aussi, ça peut être intéressant en cette période ! » (E02) ; « Il pourrait y avoir un entretien initial avec le pharmacien pour qu'il fasse un bilan de la consommation et une proposition de protocole. » (E05) ; « J'imagine : au début une fois tous les quinze jours pendant environ deux mois, parce que le cap des trois premiers mois est le plus difficile. Et je pense qu'après une fois par mois c'est suffisant. Mais je pense que la fréquence est dépendante du patient, de sa consommation. » (E06).

Des entretiens pour prévenir la rechute

Un accompagnement établi sur la durée a été évoqué par plusieurs personnes interrogées, qui expriment la peur de se sentir seule lors de l'arrêt du tabac et la peur de rechuter : « *Des rendez-vous souvent, et pas juste une fois avec une prescription comme ça... En nous laissant seul. Le plus important pour moi est l'accompagnement et ne pas me sentir seul, c'est la meilleure façon de replonger.* » (E12). Cette absence d'accompagnement semble être à l'origine d'échecs lors de précédents arrêts : « *Parce que ce serait un accompagnement ; et pas juste une prescription de substituts nicotiques en fonction de la consommation de tabac. L'arrêt est long et il faut être accompagné. Même plusieurs mois après la dernière cigarette ! L'envie ne disparaît jamais.* » (E02). Ces entretiens peuvent se prévoir à distance de la période d'arrêt : « *Puis éventuellement un rendez-vous quelques mois plus tard pour faire un bilan.* » (E05).

Une communication motivante

Les patients souhaitent également des animations motivantes organisées par la pharmacie lors de périodes clés où les patients sont susceptibles de vouloir initier un sevrage : « *J'imagine des animations faites à la pharmacie, avec une proposition de suivi personnalisé faite par l'équipe. Ça pourrait être sous forme de défi, avec des paliers à passer, et à chaque palier on recevra quelque chose, pour symboliser notre arrêt.* » (E03). Notamment lors des périodes de rechutes fréquentes (septembre et janvier) : « *Ce programme devrait exister surtout en janvier par exemple pour soutenir les personnes qui prennent des nouvelles résolutions. Ou bien à la rentrée de septembre, c'est dans ces périodes là qu'on veut à l'arrêt.* » (E03).

Une gratuité de la prise en charge

Comme cité, les sujets insistent sur la nécessité qu'un tel programme devrait être entièrement pris en charge par l'assurance maladie : « *Il faudrait que le pharmacien puisse me recevoir à ma demande. Un programme qui serait pris en charge à 100%, anonyme ou pas selon le bon vouloir du patient. Si ça existait dans la pharmacie que je fréquente j'irai sans hésiter.* » (E06) ; « *Il faudrait que ce soit gratuit par contre, pour qu'il y ait le maximum de personnes qui essaient.* » (E03) ; « *Un suivi honnête gratuit et à disposition du patient* » (E13).

Des groupes de soutien physiques et virtuels

Le souhait de partager son expérience a été mentionné, de se soutenir dans le sevrage, dans un modèle d'éducation thérapeutique : « *Cela peut être par des entretiens individuels*

réguliers, mais également collectifs sous forme de groupe de parole de temps en temps, je pense à une salle adaptée confidentiel car le comptoir ne l'est pas. » (E11) ; « Ce serait bien qu'on puisse rencontrer d'autres personnes se trouvant dans la même situation que nous, lors de réunions pour se soutenir. On pourrait être mis en relation, par exemple sur un groupe Facebook ou sur une conversation WhatsApp, pour se motiver tous ensemble. » (E03).

III.5.2. Attente vis-à-vis de l'équipe officinale

Un interlocuteur unique formé

La majorité des personnes interrogées exprime préférer une prise en charge par un pharmacien : « *Si un programme devait exister, il faudrait que ce soit le pharmacien, qui selon moi, a plus de rigueur. » (E10) ; « Plutôt par le pharmacien. Dans ma pharmacie, à chaque fois que j'ai une question un peu pointue, les préparateurs appellent systématiquement le pharmacien. Donc je pense que seul lui a les connaissances et la formation pour accompagner un arrêt. » (E13). Les autres sujets n'expriment pas de préférence tant que le professionnel qui les reçoit est formé sur l'arrêt du tabac : « *Si le préparateur a les connaissances et la formation, ça ne me dérangerait pas. » (E01) ; « Je ne vois pas d'inconvénient à ce qu'un préparateur s'occupe de ce type de programme. » (E04). Dans tous les cas, les patients expriment à plusieurs reprises ne vouloir qu'un seul interlocuteur.**

L'importance du soutien et de la relation de confiance

Les patients attendent de leur interlocuteur une écoute active : « *J'attendrai du pharmacien qu'il m'écoute, et qu'il me conseille lorsque j'en ai besoin. » (E01). Ils souhaitent que le pharmacien fasse preuve d'empathie : « *Qu'il me soutienne, qu'il m'aide, qu'il ne me juge pas, qu'il m'accompagne. » (E03). Les sujets interrogés souhaitent être conseillés, encouragés et motivés dans cet accompagnement : « *Je pense qu'avant tout, je souhaiterais qu'on discute. Mais dans un échange, sans qu'il me fasse la morale. J'attendrai un soutien. Et des pistes de réflexion aux questions que je me pose. » (E04) ; « De l'écoute, du conseil, et pas de jugement si échec de l'arrêt. De l'encouragement. Le pharmacien peut être un déclic facilitateur pour l'arrêt. » (E13).***

Une prise en charge pluridisciplinaire

En effet, une information de la prise en charge et l'avancée de celle-ci doivent être transmises au médecin traitant : « *J'aimerais aussi que le suivi fait par mon pharmacien soit directement envoyé à mon médecin traitant, pour qu'il ait un œil dessus, que le dossier soit commun. Pour que je n'ai pas à tout répéter à mon médecin quand je le verrai. » (E02). D'autre part, les patients attendent du pharmacien qu'il les réoriente vers un autre professionnel s'il estime cela nécessaire : « *Le pharmacien devra me conseiller d'autres professionnels s'il estime que j'en ai besoin, comme un tabacologue, un psychologue ... » (E01) ; « Je souhaite aussi qu'il me réoriente vers d'autres professionnels quand il estime que j'en ai besoin, et qu'il me facilite les démarches (prise de rendez-vous par exemple), que le fonctionnement se fasse en équipe. Ça me faciliterait la vie, moi qui travaille beaucoup. » (E04).**

Un suivi à distance (message ou contact téléphonique)

Un accompagnement via messages et/ou mail a été cité par plusieurs participants, permettant un renforcement et un maintien de la motivation entre les rendez-vous avec le pharmacien : « *Les nouvelles technologies pourraient être utilisées, avec envoi d'un SMS régulièrement pour nous encourager, pour nous rappeler les raisons qui nous motivent au sevrage.* » (E03) ; « *Il pourrait y avoir un rendez-vous initial, puis un rendez-vous bilan au bout de 2/3 mois. Toutes les semaines ce serait bien de recevoir un mail ou un appel pour le suivi. Ça permettrait de maintenir la motivation.* » (E15).

Un remboursement des substituts nicotiques par le pharmacien

Un accès aux traitements de substitution à la nicotine est souhaité par plusieurs patients, sans passage chez le médecin et pris en charge : « *Des substituts à base de nicotine pourraient aussi être proposés.* » (E07) ; « *Des rencontres régulières gratuites, prise en charge gratuites, lieu confidentiel, avec remboursements des patchs et des gommes sans avoir besoin de passer par le médecin.* » (E08).

Un accompagnement avec des méthodes alternatives aux médicaments allopathiques

Un conseil adapté en thérapie naturelle est attendu par les patients adeptes de phytothérapie, aromathérapie, homéopathie et/ou micronutrition : « *J'aimerais aussi que mon pharmacien me conseille des choses naturelles pour aider l'arrêt. Des choses à base de plante pour gérer le stress et les envies. Je ne sais pas si ça existe mais il faudra que je lui en parle.* » (E02) ; « *Peut-être que le pharmacien pourrait créer des fiches d'aide à l'arrêt avec des produits naturels. Proposer des tisanes qu'il prépare lui-même. Ça pourrait m'apporter un plus.* » (E05).

III.5.3. Communication

Chez les professionnels de santé

Si un tel dispositif existait, des affiches et des brochures illustrant le programme devraient être dans les pharmacies mais également chez les autres professionnels de santé : « *Pour le faire connaître, je pense qu'il faudrait utiliser les réseaux sociaux, les affiches, les flyers qu'on pourrait voir chez le médecin, chez le gynécologue, ou le dentiste par exemple.* » (E01).

Implication de l'équipe officinale

L'ensemble de l'équipe officinale doit être sensibilisé à l'arrêt du tabac et communiqué sur le dispositif mis en place à la pharmacie : « *Si un tel programme existait, il faudrait que le pharmacien et les préparateurs en parlent. Et avec le bouche-à-oreille ça se saurait, surtout si c'est efficace !* » (E05). L'ensemble des autres professionnels de santé doivent également orienter vers la pharmacie leurs patients souhaitant arrêter la cigarette et recherchant un accompagnement : « *Si cela existait, il faudrait que les médecins en parlent à leurs patients, les dentistes aussi. Et qu'on soit mis en relation facilement avec le pharmacien.* » (E04). De plus, plusieurs sujets ont évoqué l'importance d'information des entreprises et de la médecine du travail.

Les réseaux sociaux propres à chaque pharmacie

Les réseaux sociaux de la pharmacie peuvent également servir d'espace de communication : « *Les réseaux sociaux. Ma pharmacie est très active sur Facebook, ça me permet de suivre leur actualité.* » (E08).

Une campagne nationale

Les médias peuvent également aider à l'information de la population avec des annonces radios, des campagnes publicitaires : « *Il faudrait accès les campagnes publicitaires sur l'accompagnement possible si on a envie d'arrêter, et pas nous imposer l'arrêt, il ne faut pas qu'on se sente obligé d'arrêter. C'est la meilleure façon de reprendre.* » (E02).

Une communication sur les attentes des patients

Afin d'avoir une campagne de communication efficace, il faut mettre en avant les principes de ce dispositif : « *Les arguments qui pourraient être utilisés : la gratuité, la personnalisation de la prise en charge, l'accompagnement...* » (E03) ; « *Il faudrait insister sur la personnalisation de la prise en charge, l'inter professionnalité, et la gratuité.* » (E06).

Une communication positive

Pour plusieurs personnes interrogées, il faut éviter les slogans et images « choc », avec une campagne de communication plus empathique : « *Pour que les personnes donnent de l'intérêt, je pense qu'il faudrait miser sur l'accompagnement, la réduction de la consommation, plutôt que l'arrêt définitif qui peut en refroidir plus d'un.* » (E02) ; « *Mettre en avant les joies de la vie sans tabac, d'une vie sans fumer.* » (E12).

IV. DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude est l'identification du pharmacien d'officine par les patients comme un acteur dans l'arrêt du tabac, en identifiant les leviers mobilisables favorisant leur demande d'aide auprès de leur pharmacien.

Les objectifs secondaires sont l'évaluation des attentes des patients vis-à-vis du pharmacien d'une part, et l'évaluation des freins à une prise en charge à l'officine d'autre part.

IV.1. Les limites de l'étude

IV.1.1. Recrutement

Lors du recrutement, j'ai dans un premier temps sélectionné des personnes de mon entourage répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion. Par la suite, les sujets ont été recrutés grâce à la communication de mon étude sur les réseaux sociaux, mais également en interpellant des personnes en train de fumer sur des terrasses de café. Il y a donc un biais de volontariat puisque les fumeurs ont été sélectionnés par ce moyen.

Dans la population étudiée, la répartition femme-homme est de 10 femmes pour 6 hommes, ce qui est éloigné de la réalité épidémiologique : 36,2% d'hommes fumeurs contre 27,7% de femmes en 2020 en France (47), ce qui représente un biais d'échantillonnage.

Les tranches d'âge ne sont pas toutes bien représentées ; en effet, 11 fumeurs ont été recrutés dans la tranche d'âge 25-35 ans, alors que 3 fumeurs ont été recrutés dans la tranche 36-45 ans et seulement 1 personne dans la tranche 46-55 ans. Il est cohérent que la tranche d'âge la plus âgée soit moins représentée dans la mesure où le nombre de fumeurs diminue au-delà de 45 ans (48).

Cette étude comporte d'autre part un biais de migration car 8 personnes recrutées, qui répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion, n'ont pas donné suite par manque de temps ou par absence lors de la période d'entretien.

IV.1.2. Entretiens menés

La méthode utilisée dans cette étude est l'analyse qualitative, permise par un entretien semi-dirigé. Le fait de me présenter comme pharmacien d'officine ainsi que ma façon d'interviewer les sujets fumeurs a pu influencer certaines réponses. Un biais d'investigation a pu être entraîné par mon manque d'expérience et de formation dans le domaine de la recherche qualitative.

La retranscription des données a été faite après enregistrement de chacun des entretiens. Je suis la seule personne ayant retranscrit et analysé les données, ce qui représente un biais d'interprétation.

Les entretiens ont été menés dans différents lieux : 11 personnes ont été interrogées dans un endroit neutre en extérieur (le plus souvent en terrasse de café), 4 personnes m'ont accueillie à leur domicile, et 1 personne sur son lieu de travail. Ainsi, les réponses peuvent être différentes en fonction du lieu, de l'assurance et du confort du sujet.

IV.2. Les forces de l'étude

IV.2.1. Choix d'une étude qualitative

Devant l'intitulé de la question de recherche, l'étude qualitative est apparue comme la méthode d'analyse à utiliser (49). Elle permet de mettre en évidence les obstacles rencontrés par les sujets, leurs attentes lors d'une aide à l'arrêt du tabac, et d'identifier les freins et les leviers à une prise en charge en pharmacie d'officine.

L'étude qualitative a été faite par un entretien semi-dirigé mené en face-à-face en suivant un guide d'entretien. Les questions ont été posées en suivant les grandes lignes du guide, et en adaptant l'ordre des questions aux réponses des personnes interrogées, en relançant quand cela paraissait utile, sans influencer les réponses (50). Ce guide a préalablement été testé auprès de deux personnes fumeuses de mon entourage de façon à évaluer la pertinence des questions, la faisabilité et la durée de l'entretien ; aucune modification n'a été apportée à la suite de ces deux essais.

L'entretien semi-dirigé donne plus de liberté à l'interviewer, et favorise la spontanéité de la personne interviewée, qui peut répondre comme elle le souhaite, partager son expérience, sans avoir à choisir parmi des réponses préétablies (51). Cette méthode permet également de prendre en compte le langage « non-verbal ».

Les informations sociodémographiques ont été demandées à la fin de l'entretien de façon à ne pas embarrasser les personnes interrogées.

IV.2.2. Originalité de l'étude

Beaucoup d'études sur le patient fumeur et la prise en charge de l'arrêt du tabac ont été menées (52) (53). Cependant, ces travaux abordent surtout la vision du sujet fumeur sur sa consommation et sur le sevrage tabagique.

J'ai pris le parti de me concentrer sur le vécu du patient fumeur, depuis le début de sa consommation, en parcourant ses tentatives d'arrêts mettant en évidence les freins et les facteurs favorisants, de façon à le mener vers une réflexion sur un accompagnement par un professionnel de santé de proximité. J'ai laissé pas la suite libre court à l'imagination des personnes en les interrogeant sur un accompagnement idéal en pharmacie d'officine.

Cette étude a permis aux sujets interrogés d'identifier le pharmacien d'officine comme un professionnel d'aide à l'arrêt du tabac. D'autre part, le patient prend une place centrale dans ce programme d'arrêt du tabac puisqu'il lui est demandé de se projeter dans une prise en charge en pharmacie d'officine, de décrire une organisation et des moyens pertinents pour lui permettre un arrêt efficient ; c'est le principe même de l'éducation thérapeutique (54). Cela a permis aux patients de s'exprimer sur la perception et sur la représentation qu'ils ont d'un accompagnement idéal à l'arrêt de la cigarette.

IV.3. Interprétation des résultats

IV.3.1. Bilan initial de la consommation et de la prise en charge

Le tabac est perçu comme une nécessité, pouvant apporter du plaisir, un moment de pause, mais il permet également de gérer des situations anxiogènes. L'entrée dans le tabagisme est imputée principalement à l'influence et l'effet de groupe. La consommation se voit fortement augmentée lors de contexte festifs, mais aussi lors de situations stressantes et/ou angoissantes. Éviter les situations lors desquelles la consommation augmente ainsi qu'un changement de certaines habitudes paraissent essentiel pour initier un arrêt du tabac et prévenir le risque de rechute.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) peuvent dans ce cadre optimiser la prise en charge personnalisée des patients fumeurs lors de l'initiation de l'arrêt et permettre la prévention des rechutes, notamment en cas de comorbidité anxieuse, dépressive ou de co-addictions (55). Les TCC peuvent être mises en place en utilisant les colonnes de Beck, méthode permettant de mettre en évidence les dysfonctions de la pensée du patient fumeur, de façon à les analyser, et à repérer les actes et les croyances qui en découlent (56). Cinq colonnes sont retrouvées :

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

Cette méthode est intéressante également dans les consommations automatiques associées à d'autres molécules addictives, telles que l'alcool ou la caféine, ou encore la cigarette du matin, celle d'après le repas ou en conduisant la voiture. Toutes ces habitudes sont à déconstruire à l'aide du patient fumeur, et trouvant des alternatives à ces comportements. (56)

Une étude australienne confirme la nécessité de développer des stratégies d'adaptation avec le patient pour faire face aux situations à risque, tout en maintenant un accompagnement et un soutien par le professionnel de santé. (57)

Les patients fumeurs quantifient leur consommation de cigarettes, en se disant « gros » ou « petit » fumeur. Une notion importante doit être abordée avec le patient : il n'existe pas de seuil en dessous duquel la cigarette ne représente aucun risque pour la santé. Seule la durée du tabagisme est un paramètre qui augmente considérablement les risques de développer une maladie, par effet cumulatif (58). D'autre part, la consommation occasionnelle de cigarette renforce le risque de devenir dépendant et de présenter des difficultés plus importantes pour arrêter.

Une large partie des patients fumeurs ont déjà abordé le sevrage tabagique avec un professionnel de santé. Ce premier contact est très souvent pris avec le médecin généraliste, qui reste actuellement le premier intervenant dans l'arrêt du tabac (59). Les sage-femmes et les gynécologues sont également cités dans le cadre de la lutte du tabagisme durant la

grossesse, pouvant avoir des conséquences irréversibles pour la femme et le fœtus : grossesse extra-utérine, fausse-couche, retard de croissance in utero, souffrance fœtale, entre autres (60). Même si la consommation de tabac chez les femmes enceintes diminue, il reste tout de même à un taux élevé (21% de patientes enceintes qui fument en 2003). (61)

Les pharmaciens d'officine ont également été cités dans une moindre proportion. Certains patients fumeurs ont déjà abordé l'arrêt du tabac en pharmacie, essentiellement dans le cadre de la délivrance de traitements de substitution nicotinique.

Ces premiers contacts n'ont pas permis aux patients interrogés d'arrêter de façon efficace la cigarette. Cet échec est imputé à deux principales raisons : l'absence de suivi et un relationnel négligé. Une meilleure formation et une meilleure coordination entre les différents acteurs de santé sont essentielles pour l'amélioration de la prise en charge des patients projetant l'arrêt de la cigarette et après cet arrêt, de façon à réduire le risque de rechute. (59)

A partir de ces constats, voici des pistes de réflexion :

- ⇒ **Le patient doit être pris en charge dans sa globalité. Des TCC permettent une déconstruction des habitudes de façon à créer un quotidien sans le tabac.**
- ⇒ **Même si l'arrêt peut être initié par une diminution de la consommation de cigarettes, il faut garder comme objectif l'arrêt définitif.**
- ⇒ **La prise en charge du patient souhaitant arrêter de fumer doit être efficiente, codifiée et organisée sur la durée.**

IV.3.2. Freins et leviers identifiés à la mise en place d'un arrêt du tabac

La motivation personnelle

La motivation est un facteur déterminant chez plusieurs personnes interrogées. Elle a principalement pour origine la peur de la maladie, l'aspect financier et la perte de contrôle de la consommation. Le patient fumeur est partagé entre le souhait d'arrêter sa consommation de cigarettes, relevant de la raison, et l'envie de fumer qui relève plutôt de la pulsion. C'est la prise de conscience des motivations personnelles qui permet de faire pencher la balance vers un arrêt. Certains patients interrogés estiment que cette motivation est assez importante pour leur permettre un arrêt seul, sans aide. Dans cette démarche, le patient recherche la valorisation, la gratification personnelle et l'autosatisfaction (62). A contrario, la plupart des patients estiment avoir besoin d'aides extérieures, qui agiront sur cette motivation lorsqu'elle fléchira.

Sevrage tabagique

La plupart des patients ayant déjà vécu un arrêt de la cigarette relatent une expérience difficile et gardent un mauvais souvenir de cette période. Ces expériences sont à l'origine de peurs et de craintes quant à un nouvel arrêt. Les professionnels de santé doivent avoir conscience des difficultés que représente le sevrage tabagique et accompagner les patients vers des solutions et/ou des thérapeutiques permettant de limiter l'impact des symptômes de manque (57). La

peur du sevrage, la crainte de la rechute et de prise de poids sont des risques qui peuvent être considérablement diminués par un accompagnement adapté par un professionnel de santé (63).

Influence de l'entourage

L'entourage du patient fumeur possède une position centrale dans le parcours vers l'arrêt de la cigarette. Cet entourage peut exercer une influence négative (des collègues ou amis fumeurs par exemple). Mais il peut aussi avoir une influence largement positive, en soutenant le patient en sevrage, comme l'a décrit A. Lauvaux dans sa thèse : « 50 % des patients désirent la présence de leur entourage dans leur prise en charge » (64). Il est primordial que le patient souhaitant arrêter de fumer ait conscience que l'entourage aura un impact sur son sevrage, cela a été décrit dans une étude menée par Einstein S. et Epstein A. en 2009 « Cigarette smoking contagion » (65).

Environnement personnel

Outre l'entourage du patient fumeur, il ressort de cette étude l'importance de l'environnement personnel lors de l'arrêt de la cigarette. En effet, les patients décrivent qu'un arrêt doit avoir lieu dans un contexte de vie sain, éloigné de toute source de stress, de façon à être serein. La nicotine, par son action moléculaire, participe à des mécanismes de réponse au stress, modifiant la perception de l'anxiété, et augmentant ainsi la fréquence du tabagisme. La connaissance moléculaire et comportementale entre le tabagisme et les troubles anxieux ainsi que la prise en charge de ces troubles pourraient améliorer la réussite du sevrage en soutenant le patient dans l'effort d'arrêt du tabac (66). La pratique d'une activité physique pourra contribuer à un mode de vie sain et réduire les craintes de prise de poids lors de l'arrêt de la cigarette.

Aides à l'arrêt du tabac

Différentes aides ont été mentionnées par les sujets interrogés lors des entretiens. Les traitements nicotiniques de substitution représentent une option d'aide au sevrage envisageable chez plusieurs patients. La crainte de développer une importante dépendance à la nicotine est rapportée, substance perçue comme nocive chez certains patients. (67)

L'usage de la cigarette électronique est aussi largement abordé pour un sevrage total du tabac. Son utilisation réduit la consommation de tabac, notamment lorsque le liquide associé contient de la nicotine (68). Cependant nous manquons actuellement de données et d'études concernant le profil de sécurité de la cigarette électronique et son impact sur un arrêt à long terme du tabac (69). Les anciens fumeurs utilisant la cigarette électronique sont en effet plus à risque de rechuter que les anciens fumeurs qui n'en font pas usage. (70)

L'hypnose apparaît comme une aide potentielle pour certains patients. Même si cette technique a montré une efficacité, des difficultés résident quant à l'évaluation de cette méthode par rapport à d'autres aides. (71)

Lors des entretiens, les psychothérapies et les TCC n'ont pas du tout été citées. Cela correspond aux résultats de l'étude de D. Hammond (2004) : les thérapies de soutien et cognitivo-comportementales étaient citées respectivement par 11 % et 6 % des patients. (70)

Accompagnement par un professionnel de santé

Dans cette étude, les patients sont plutôt favorables à un accompagnement par un professionnel de santé. Le médecin généraliste est le professionnel le plus cité, ce qui correspond avec les résultats d'A. Lauvaux : 76,5 % des patients sont prêts à faire confiance à leur médecin pour mener le sevrage. (52)

La sage-femme joue un rôle central dans l'aide à l'arrêt de la cigarette lors du suivi de la grossesse. Il est notable que les femmes ayant réussi un sevrage lors de la grossesse ont repris leur consommation tabagique à la suite de la naissance de leur enfant. Cette reprise de la consommation pourrait être freinée par une continuité de la prise en charge de la femme en sevrage en post-partum, période difficile favorisant la reprise du tabagisme. (72)

Les rendez-vous avec un tabacologue proposées par la médecine du travail ont également été mentionnés. Malgré cela, les personnes informées n'ont pas fait la démarche pour obtenir une consultation. Ceci est à l'image d'une étude menée en Belgique en 2017 stipulant que même si 84 % des fumeurs ont connaissance de l'existence de consultations chez un tabacologue, seulement un tiers serait prêt à se rendre à un rendez-vous. (73)

Le pharmacien d'officine est décrit comme un professionnel de santé de proximité, disponible et accessible. Les patients apprécient la relation avec leur pharmacien et estime qu'il possède les compétences nécessaires à l'aide au sevrage tabagique. La pharmacie est un espace de prévention dans lequel les professionnels formés peuvent prendre en charge des demandes d'aide à l'arrêt du tabac comme l'illustre une étude faite en Alsace en 2008 (74). A la suite des entretiens, les freins identifiés à une telle prise en charge sont :

- La multiplication des interlocuteurs lors du suivi.
- L'hétérogénéité d'une pharmacie à l'autre.
- Le manque de confidentialité.
- Le coût associé.

Certains de ces différents points peuvent être aisément surmontés par :

- La prise de rendez-vous avec un seul et unique interlocuteur lors de l'entretien initial puis des rendez-vous de suivi.
- La mise en place d'un programme d'aide à l'arrêt de la cigarette uniquement dans les pharmacies volontaires dont l'équipe a été formée.
- L'utilisation de l'espace de confidentialité présent dans toute pharmacie suite à la loi HPST (75).

Un tel accompagnement doit être totalement gratuit afin de toucher le maximum de personnes.

Concernant la prise en charge des traitements nicotiques de substitution, un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS 2022) a été adopté en octobre 2021 stipulant la mise en place d'une expérimentation de la prise en charge par l'assurance maladie des substituts nicotiques lorsqu'ils sont dispensés par le pharmacien (76). Ceci représente une avancée majeure mettant en avant les compétences du pharmacien dans l'accompagnement et le conseil dans le sevrage tabagique.

A partir de ces constats, voici des pistes de réflexion :

- ⇒ **Il faut agir sur l'entourage du patient fumeur en favorisant l'impact positif sur l'arrêt et en réduisant l'impact négatif.**
- ⇒ **Le recours à des aides peut considérablement augmenter les chances de réussite de l'arrêt.**
- ⇒ **Les craintes de rechute sont normales, il faut y apporter des réponses adaptées.**
- ⇒ **Les patients doivent être mieux informés et les professionnels de santé doivent être mieux formés sur les actions et les interventions possibles par les tabacologues.**
- ⇒ **Les équipes officinales doivent être plus proactives vis-à-vis des patients fumeurs au comptoir, afin d'initier le contact.**

IV.3.3. Programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal en pharmacie d'officine

Dans cette partie, je vais décrire le programme idéal d'accompagnement au sevrage tabagique en pharmacie d'après les personnes interrogées lors de mon étude.

Le dispositif d'aide à l'arrêt de la cigarette devra être communiqué en début d'année, pour correspondre avec les bonnes résolutions, de façon à toucher un maximum de patients fumeurs. Une campagne pertinente nationale devra y être associée en mobilisant différents axes de communication comme la télévision, la radio ou encore les réseaux sociaux. Une communication positive et encourageante sera utilisée, comme réalisée lors de la campagne du #MoisSansTabac. Pour toucher un maximum de patients, les équipes officinales doivent être formées pour renseigner les patients sur le dispositif et les professionnels de santé se verront remettre des affiches pour leur salles d'attente ainsi que des flyers à donner aux patients intéressés par le programme.

Le programme restera actif tout au long de l'année de façon à accompagner de manière optimale les patients souhaitant arrêter la cigarette.

Les patients souhaitant avoir un premier contact pourront être reçus avec ou sans rendez-vous par un professionnel de l'équipe officinal formé à l'accompagnement du sevrage tabagique. Un même patient aura toujours le même interlocuteur dans la mesure du possible, de façon à établir une relation de confiance. Le premier contact sera pris dans un endroit confidentiel, où un diagnostic éducatif sera fait, ainsi qu'une évaluation de la dépendance. Le professionnel devra faire preuve d'écoute active, d'empathie et centrer la prise en charge sur le patient et pour le patient.

Des objectifs seront fixés par le patient et le professionnel, et des aides à l'arrêt pourront être délivrées (TNS ou spécialités naturelles dans le but de soutenir le sevrage). Des rendez-vous de suivi seront planifiés, en fonction des désirs et des disponibilités du patient. Le pharmacien ou le préparateur devra réorienter le patient vers le professionnel adapté s'il estime cela nécessaire ou si le patient en fait la demande (en cas de co-addictions, de trouble anxieux sévère, de dépression, entre autres). Un compte rendu des entretiens sera transmis au médecin traitant après accord du patient.

Il sera proposé au patient d'intégrer un groupe de messagerie instantanée afin de communiquer avec d'autres patients ayant également intégré le programme. Des réunions sous forme de forum de discussion seront organisées plusieurs fois par an pour favoriser le partage d'expérience entre les patients en sevrage.

D'autre part, le patient pourra avoir accès à un coaching en ligne et un suivi personnalisé par mail, à l'image de ce qui est fait sur le site « tabac-info-service ».

A partir de ces constats, voici des pistes de réflexion :

- ⇒ **Un tel programme nécessite une campagne nationale, où le marketing social trouve toute sa place.**
- ⇒ **Ce dispositif est développé par le patient et pour le patient, ce qui favorise son adhésion.**
- ⇒ **Afin que ce programme ne soit pas chronophage pour l'équipe officinale, des outils devront être développés pour faciliter sa mise en place.**

Conclusion

Le tabac occupe une place importante dans la vie des fumeurs. La décision d'arrêter la cigarette est difficile pour une grande partie des patients. La peur du sevrage, le stress, l'entourage fumeur sont des éléments pouvant retarder cette prise de décision, mais restent modifiables. La motivation est avancée comme un élément déterminant, l'entourage occupe une place majeure, le recours à des aides à l'arrêt et l'accompagnement par un professionnel augmenteraient les chances dans la décision d'arrêt du tabac.

Le pharmacien a un grand rôle à jouer dans la lutte contre le tabac, en repérant les fumeurs, en les informant et en les conseillant sur les traitements et les accompagnements possibles.

La présente thèse propose des pistes de réflexions pratiques permettant d'optimiser la prise en charge du patient souhaitant arrêter la cigarette. Le pharmacien d'officine est identifié comme compétent et crédible pour l'aide au sevrage tabagique. L'étude menée a permis l'élaboration par les patients fumeurs d'un programme d'aide « idéal » à l'arrêt du tabac en pharmacie d'officine. Un accompagnement personnalisé est décrit, avec la mise en place d'entretiens dans un lieu confidentiel, un accès à des TNS remboursés, et une prise en charge élaborée sur la durée pour prévenir les risques de rechute. La prise en charge pluridisciplinaire est attendue par les patients afin d'optimiser les chances de réussite de l'arrêt.

L'analyse faite dans le cadre de ce travail est qualitative, et a eu pour objectif de décrire des phénomènes sociaux en s'intéressant aux sujets dans leur environnement naturel et d'identifier leurs besoins. Ce type d'étude n'a pas pour but de quantifier ou d'étudier un lien de causalité. Une analyse quantitative permettant de mesurer les comportements et les opinions des patients fumeurs permettrait de compléter ce travail.

Références bibliographiques

1. Tabac [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Doll R, Hill AB. Smoking and Carcinoma of the Lung. *Br Med J*. 30 sept 1950;2(4682):739-48.
3. Dautzenberg B. Les grandes étapes de la lutte contre le tabagisme en France : de la loi Veil à l'interdiction de fumer dans les lieux publics. 2012;20.
4. Le tabagisme actif, première cause évitable de mortalité prématurée [Internet]. CNCT. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://cnct.fr/tabac-sante/tabagisme-actif-premiere-cause-evitable-de-mortalite-prematuree/>
5. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F10-F19>
6. Critères du DSM-5 - Portico [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: https://www.porticonetwork.ca/fr_CA/web/fundamentals-addiction-toolkit/introduction/dsm-criteria
7. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Addictions [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
8. Auriacombe M, Fatseas M, Daulouede JP, Tignol J. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. 2018;4.
9. Perriot J. Place du traitement du craving dans le sevrage tabagique. 2012.
10. Fatseas M, Serre F, Alexandre JM, Debrabant R, Auriacombe M, Swendsen J. Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues. *Addiction*. juin 2015;110(6):1035-42.
11. Tabac : évolution de l'usage occasionnel ou régulier parmi les 18-75 ans - OFDT [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-de-lusage-occasionnel-ou-regulier-parmi-les-18-75-ans/>
12. Universalis E. PREMIÈRE LOI FRANÇAISE RELATIVE À LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/premiere-loi-francaise-relative-a-la-lutte-contre-le-tabagisme/>
13. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.
14. Décret n°77-1042 du 12 septembre 1977 RELATIF AUX INTERDICTIONS DE FUMER DANS CERTAINS LIEUX AFFECTES A UN USAGE COLLECTIF OU CETTE PRATIQUE PEUT AVOIR DES CONSEQUENCES DANGEREUSES POUR LA SANTE. 77-1042 sept 12, 1977.
15. Frankel TC. Shrinking stash of popular nicotine lozenge puts ex-smokers on edge. *Washington Post* [Internet]. 9 févr 2015 [cité 16 août 2020]; Disponible sur: https://www.washingtonpost.com/business/economy/the-mysterious-nicotine-lozenge-that-ex-smokers-are-hoarding/2015/02/09/2b8d19c6-ae37-11e4-abe8-e1ef60ca26de_story.html
16. Dautzenberg B, Brücker G. Substituts nicotiniques - Effets de la vente libre. sept 2000;70-3.
17. Lutte anti-tabac: les substituts nicotiniques à la loupe [Internet]. *L'Express.fr*. 2016 [cité 16 août 2020]. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/lutte-anti-tabac-les-substituts-nicotiniques-a-la-loupe_1840928.html
18. Godeau É. Comment le tabac est-il devenu une drogue ? *Vingtieme Siecle Rev Hist*. 6 avr 2009;n° 102(2):105-15.
19. Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ? [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: </determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france>
20. LOI no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 91-32

janv 10, 1991.

21. Mattei JF, Haigneré C. Plan Cancer 2003-2007. 2003.
22. Lancement de l'opération Moi(s) sans tabac : une nouvelle stratégie pour Santé publique France [Internet]. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: /liste-des-actualites/lancement-de-l-operation-moi-s-sans-tabac-une-nouvelle-strategie-pour-sante-publique-france
23. Santé Publique France. Moi(s) sans Tabac : Prévention du tabagisme auprès de différentes populations cibles via le déploiement de l'opération de l'opération Moi(s) sans Tabac [Internet]. 2018 [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/04-a-propos/services/fiche-sanitaire_moissanstabac
24. Fenton K. Stoptober : une campagne d'aide à l'arrêt du tabac en Angleterre. BEH 30-31. 6 oct 2016;499-502.
25. Questions / Réponses sur l'opération Moi(s) sans tabac [Internet]. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: /liste-des-actualites/questions-reponses-sur-l-operation-moi-s-sans-tabac
26. Mois sans Tabac : Recevez un kit gratuit pour arrêter de fumer [Internet]. EchantillonsClub.com : Echantillons gratuits à recevoir. 2019 [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.echantillonsclub.com/84046-mois-sans-tabac-recevez-kit-gratuit-arreter-de-fumer.html>
27. Pour inciter les fumeurs à arrêter, Marisol Touraine lance Moi(s) sans tabac, le premier défi de santé publique grandeur nature jamais organisé en France [Internet]. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: /presse/2016/pour-inciter-les-fumeurs-a-arreter-marisol-touraine-lance-moi-s-sans-tabac-le-premier-defi-de-sante-publique-grandeur-nature-jamais-organise-en
28. J'aide un proche / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/J-aide-un-proche>
29. SPF. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. [Internet]. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: /import/consommation-de-tabac-parmi-les-adultes-bilan-de-cinq-annees-de-programme-national-contre-le-tabagisme-2014-2019
30. Tabac : évolution des ventes - OFDT [Internet]. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes/>
31. Hill C. Impact de l'augmentation des prix sur la consommation de tabac. :93.
32. Contrebande et ventes de tabac 1999-2004 - Tendances 44 - novembre 2007 - OFDT [Internet]. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettretendances/contrebande-et-ventes-de-tabac-1999-2004-tendances-44-novembre-2007/>
33. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Le paquet neutre [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/le-paquet-neutre>
34. Décret n° 2016-334 du 21 mars 2016 relatif au paquet neutre des cigarettes et de certains produits du tabac. 2016-334 mars 21, 2016.
35. ministere_sante_arrivee_paquet_neutre.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ministere_sante_arrivee_paquet_neutre.pdf
36. Guignard R. Journée mondiale sans tabac / World No Tobacco Day. :56.
37. magazine LP. Un million de fumeurs en moins en un an en France [Internet]. Le Point. 2018 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/societe/un-million-de-fumeurs-en-moins-en-un-an-en-france-28-05-2018-2221985_23.php
38. Le paquet neutre sans effet sur la consommation, les buroaltes craignent l'augmentation des prix [Internet]. France 3 Occitanie. [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/haute-garonne/toulouse/paquet-neutre-effet-consommation-buralistes-craignent-augmentation-prix-1312339.html>
39. Le passage au paquet neutre a-t-il eu des effets sur la consommation de cigarette? A qui profite

- cette mesure? [Internet]. Libération.fr. 2017 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/checknews/2017/12/22/le-passage-au-paquet-neutre-a-t-il-eu-des-effets-sur-la-consommation-de-cigarette-a-qui-profite-cett_1652914
40. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
 41. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflète Perspectives Vie Econ.* 2014; Tome LIII(4):67-82.
 42. 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]. [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>
 43. outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf [Internet]. [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
 44. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine - Légifrance [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034634217/>
 45. Les recherches qualitatives en santé [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>
 46. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2012 [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>
 47. SPF. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France [Internet]. [cité 9 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/consommation-de-tabac-parmi-les-adultes-en-2020-resultats-du-barometre-de-sante-publique-france>
 48. Pasquereau A. LA CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE : PREMIERS RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2017 / TOBACCO CONSUMPTION IN FRANCE: PRELIMINARY RESULTS FROM THE 2017 HEALTH BAROMETER. :9.
 49. La recherche qualitative en médecine de premier recours [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 9 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2004/revue-medicale-suisse-2497/la-recherche-qualitative-en-medecine-de-premier-recours>
 50. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *La Revue Exercer.* mai 2009;(87):74-9.
 51. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. *La Revue Exercer.* sept 2009;(88):106-12.
 52. Lauvaux A. Connaissances, représentations, attentes et besoins des patients fumeurs vis-à-vis des aides au sevrage tabagique. [Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales]. [Reims]; 2012.
 53. Looze-Renault C. Vécu, attentes et connaissances des patients réalisant une tentative de sevrage tabagique : recherche qualitative auprès de patients dans le Nord Pas de Calais. [Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales]. [Lille]; 2017.
 54. D'IVERNOIS, Jean-François et GAGNAYRE, Rémi. Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. *AdSP*, 2001, vol. 36, p. 11-13.
 55. Guichenez P, Underner M, Perriot J. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans le sevrage tabagique : quels outils pour le pneumologue ? *Rev Mal Respir.* 1 mai 2019;36(5):600-9.
 56. Guichenez P, Clauzel I, Cungi C, Quantin X, Godard P, Clauzel AM. Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique. *Rev Mal Respir.* 1 févr 2007;24(2):171-82.
 57. RACGP - Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. [Internet]. 2011 [cité

- 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/download/documents/Guidelines/smoking-cessation.pdf>
58. Grignon M, Renaud T. Prise en compte de la durée et de l'intensité du tabagisme dans l'estimation de la mortalité attribuable au tabac : une nouvelle méthode appliquée au cancer du poumon en France. *Population*. 2020;75(4):561-89.
 59. PERRIOT J, SCHMITT A, LLORCA PM. Optimiser la prise en charge du sevrage tabagique. *2005;27(3):201-9*.
 60. DELCROIX M, LEHOUEZEC J. Tabac et grossesse. *2005;18(2):75-9*.
 61. Lelong N, Blondel B, Kaminski M. Évolution de la consommation de tabac des femmes pendant la grossesse en France de 1972 à 2003. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 févr 2011;40(1):42-9.
 62. Morphet K, Partridge B, Gartner C, Carter A, Hall W. Why Don't Smokers Want Help to Quit? A Qualitative Study of Smokers' Attitudes towards Assisted vs. Unassisted Quitting. *Int J Environ Res Public Health*. juin 2015;12(6):6591-607.
 63. Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir*. 1 févr 2006;23(1, Supplement 1):3S85-105.
 64. Lavaux A. Connaissances, représentations, attentes et besoins des patients fumeurs vis-à-vis des aides au sevrage tabagique [Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales]. [Reims]; 2012.
 65. Einstein S, Epstein A. Cigarette Smoking Contagion. *Int J Addict*. 1 janv 1980;15(1):107-14.
 66. Khazaal Y, Cornuz J, Zullino D. Les troubles anxieux sont-ils associés à un tabagisme particulier ? Stress-anxiété et tabagisme. *Santé Ment Au Qué*. 2004;29(1):73-80.
 67. Stop-smoking medications: Who uses them, who misuses them, and who is misinformed about them? | Nicotine & Tobacco Research | Oxford Academic [Internet]. [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: https://academic.oup.com/ntr/article-abstract/6/Suppl_3/S303/1084703?login=false
 68. Vanderkam P, Boussageon R, Underner M, Langbourg N, Brabant Y, Binder P, et al. Efficacité et sécurité de la cigarette électronique pour la réduction du tabagisme : revue systématique et méta-analyse. *Presse Médicale*. 1 nov 2016;45(11):971-85.
 69. Charton P. Place de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2015 [cité 12 oct 2022]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732765>
 70. L'utilisation de la cigarette électronique prédit-elle une réduction du tabagisme à long terme? Données longitudinales de la cohorte Constances. - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/138292555-L-utilisation-de-la-cigarette-electronique-predit-elle-une-reduction-du-tabagisme-a-long-terme-donnees-longitudinales-de-la-cohorte-constances.html>
 71. Aïm P. Hypnose et arrêt du tabagisme : Aspects théoriques. Résultats d'une étude pilote. Elaboration d'un protocole d'étude [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2009 [cité 12 oct 2022]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738885>
 72. Perdriolle-Galet E, Peyronnet V, Bertholdt C. Post-partum chez la femme tabagique sevrée en cours de grossesse : gestion du risque de reprise — Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 juill 2020;48(7):619-24.
 73. Mostosi C, Jamart J. Les prises en charge par les tabacologues sont-elles connues des fumeurs suivis en médecine du travail en Belgique ? *Alcoologie Addictologie*. 14 mars 2017;39(1):15-22.
 74. Le Louarn A, Gérard S. L'aide au sevrage tabagique assurée par les pharmaciens d'Alsace. *Santé Publique*. 2002;14(2):121-33.
 75. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
 76. Assemblée nationale ~ PLFSS POUR 2022 (no 4523) - Amendement no 2287 [Internet]. [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.assemblee->

nationale.fr/dyn/15/amendements_alt/4523/AN/2287

Annexes

Annexe 1. Questionnaire de recrutement.....	63
Annexe 2. Déclaration CNIL	64
Annexe 3. Guide des entretiens qualitatifs	65

Annexe 1. Questionnaire de recrutement

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

Question 1 : Est-ce que vous travaillez dans le domaine de la santé ?

- Oui → ne pas recruter
- Non → aller à question 2

Question 2 : Est-ce que vous travaillez dans le domaine du tabac (buralistes, compagnies de tabac, entreprise de e-cigarette) ?

- Oui → ne pas recruter
- Non → aller à question 3

Question 3 : Avez-vous déjà fumé (cigarettes, tabac à rouler, cigares) ?

- Oui → aller à question 4
- Non → ne pas recruter

Question 4 : Et aujourd'hui, est-ce que vous fumez régulièrement (au moins une cigarette – manufacturée, tabac à rouler, cigare- par jour) ?

- Oui → aller à question 5
- Non → ne pas recruter

Question 5 : Avez-vous l'intention d'arrêter de fumer dans les 30 prochains jours ?

- Oui → Recruter comme « EN PREPARATION », aller à question 6
- Non → aller à Q6

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

- Oui → Recruter comme « En intention », aller à question 7
- Non → ne pas recruter

Annexe 2. Déclaration CNIL

CNIL

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

2218556

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : RHABBOUR SONIA	Sigle (facultatif) :
Service :	N° SIRET :
Adresse : 3 RUE DU GÉNÉRAL POTTIER	Code APE :
Code postal : 65600 Ville : SÉMÉAC	Téléphone : 0781969219
Adresse électronique : SRHABBOUR@GMAIL.COM	Fax :

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence

MR-3 Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

3 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : RHABBOUR SONIA	
Service :	
Adresse : 3 RUE DU GÉNÉRAL POTTIER	
Code postal : 65600 - Ville : SÉMÉAC	Téléphone : 0781969219
Adresse électronique : SRHABBOUR@GMAIL.COM	Fax :
Raison sociale :	N° SIRET :
Sigle (facultatif) :	Code NAF :
Adresse :	
Code postal - Ville :	Téléphone :
Adresse électronique :	Fax :

N° CERFA 13810*01

CNIL - FORMULAIRE DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Annexe 3. Guide des entretiens qualitatifs

THEME 1 : CONSOMMATION TABAC, PERCEPTION DU TABAC

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

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

Depuis quand fumez-vous ?

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

Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne actuellement ?

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

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

Quelle est votre journée type avec le tabac ?

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

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

THEME 2 : ARRET DU TABAC

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

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

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

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

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

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

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

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

THÈME 3 : LES AIDES À L'ARRÊT DU TABAC ET ACCOMPAGNEMENT

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

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

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

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

A quels professionnels de santé auriez-vous envie de faire appel pour vous aider à arrêter de fumer ?

D'après vous, à quels professionnels de santé peut-on demander des conseils / de l'aide pour arrêter de fumer ?

Quels sont à vos yeux les professionnels de santé qui seraient les plus crédibles pour vous aider à arrêter de fumer ?

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

- Qu'en pensez-vous ? (Favorable, défavorable, utile ou non, pourquoi)
- Quels sont les effets positifs / négatifs qui vous viennent à l'esprit à propos de cette possibilité ?
- Est-ce qu'un pharmacien vous a déjà parlé de l'arrêt du tabac / conseillé d'arrêter de fumer ? (Si oui ou non, contexte, conseil suivi ou non, etc.)
- Est-ce que vous avez déjà fait appel à un pharmacien pour des questions sur le tabac ou une aide à l'arrêt ? (Si oui ou non, lesquels, pourquoi)
- Est-ce que vous pensez que ça peut être efficace ou non pour augmenter vos chances de réussir à arrêter de fumer ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter sur le rôle du pharmacien dans l'arrêt du tabac ?

THÈME 4 : L'ACCOMPAGNEMENT « IDÉAL » À L'ARRÊT DU TABAC EN OFFICINE

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

Questions :

- Pourquoi ces choix ? Pourquoi c'est un programme idéal selon vous ?
- A quelle fréquence ? Quels moyens ?
- Suivi uniquement par pharmacien ? ou préparateur aussi ?
- Qu'attendez-vous du pharmacien dans ce programme ?
- Si ce programme d'aide à l'arrêt était proposé aux fumeurs dans votre pharmacie, quel moyen faudra-t-il utiliser pour le faire connaître ?

- Si ce programme d'aide à l'arrêt était proposé aux fumeurs dans votre région, quel type d'arguments / de messages / de visuels faudrait-il utiliser pour motiver les fumeurs à participer à ce programme ?

Serment De Galien

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- 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 l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Analyse qualitative auprès de sujets fumeurs sur leurs attentes du pharmacien vis-à-vis d'un suivi tabac en officine.

Introduction : Le tabagisme représente la première cause de mortalité évitable en France et est un enjeu de santé publique. Le pharmacien d'officine a un rôle majeur dans la prévention, le dépistage, l'accompagnement et le conseil au patient. Sa proximité, sa disponibilité ainsi que ses connaissances font de lui un interlocuteur privilégié en termes de prévention et de prise en charge du tabagisme.

Méthode : Une étude qualitative est menée avec analyse thématique d'entretiens semi-dirigés auprès de seize fumeurs au stade d'intention ou préparation du *modèle de Prochaska et Di Clemente* recrutés en juillet et août 2020 dans les villes de Tarbes et Pau. L'objectif principal est l'identification du pharmacien d'officine par les patients comme un acteur dans l'arrêt du tabac. Les objectifs secondaires sont l'évaluation des attentes des patients vis-à-vis du pharmacien d'une part, et l'évaluation des freins à une prise en charge à l'officine d'autre part.

Résultat : Le pharmacien est identifié comme un professionnel crédible et pertinent dans l'accompagnement de l'arrêt de la cigarette. Les patients attendent un suivi personnalisé en officine sous forme d'entretien confidentiel, avec un accompagnement sur la durée, un soutien et un apport de solutions thérapeutiques tels que les TNS.

Conclusion : Pour aider les patients au sevrage tabagique, il faut limiter au maximum les freins face au changement. Pour cela, les pharmaciens d'officine doivent agir en proximité temporelle, géographique et humaine en communiquant largement sur les bénéfices de l'arrêt et les aides disponibles.

Mots-clés : Arrêt de tabac, Fumeurs, Pharmacien, Sevrage

Qualitative analysis with smokers on their expectations of pharmacists with regard to tobacco monitoring in pharmacy.

Introduction: Smoking is the first preventable cause of death in France and is a public health issue. The community pharmacist has a major role in prevention, screening, support and patient advice. His proximity, his availability and his knowledge make him a privileged interlocutor in terms of prevention and management of smoking.

Method: A qualitative study is conducted with thematic analysis of semi-structured interviews with sixteen smokers at the intention or preparation stage of the *Prochaska and Di Clemente model* recruited in July and August 2020 in the cities of Tarbes and Pau. The main objective is the identification of the pharmacist by patients as an actor in smoking cessation. The secondary objectives are the evaluation of patient expectations vis-à-vis the pharmacist on the one hand, and the evaluation of the obstacles to care at the pharmacy on the other hand.

Result: The pharmacist is identified as a credible and relevant professional in supporting smoking cessation. Patients expect personalized follow-up in the pharmacy in the form of a confidential interview, with long-term support, support and the provision of therapeutic solutions such as TNS.

Conclusion: To help patients with smoking cessation, it is necessary to limit as much as possible the obstacles to change. To do this, community pharmacists must act in temporal, geographical and human proximity by communicating widely on the benefits of quitting and the aid available.

Keywords: Quit-smoking, Smokers, Pharmacist, Weaning

