

RAPPORTS

LES SORTIES DU TABAGISME, UN ÉTAT DE LA LITTÉRATURE EN SCIENCES SOCIALES

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
Contrôler la prévalence tabagique, une priorité française	6
Une littérature sur le sevrage tabagique dominée par les approches psychosociales	6
Méthodologie	8
L'ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE : DES OUTILS ET DES PROFESSIONNELS	9
Face aux traitements, une préférence durable pour l'arrêt autonome	9
<i>TNS et médicaments</i>	9
<i>Une minorité d'enquêtes portent sur le sevrage spontané, pourtant majoritaire</i>	13
L'émergence d'une approche compréhensive des usages de e-cigarettes	13
<i>Une méfiance vis-à-vis du produit qui n'empêche pas la croissance des expérimentations</i>	14
<i>Divers profils d'utilisateurs</i>	15
<i>Imaginaires sociaux et performativité de la e-cigarette</i>	16
Les rôles des professionnels et des dispositifs d'accompagnement à l'arrêt	18
<i>La place des médecins généralistes</i>	18
<i>Le rôle ancien mais invisibilisé des pharmaciens d'officine</i>	19
<i>L'aide à distance</i>	20
Le support téléphonique	20
L'aide en ligne (sites internet, applications mobiles, groupes d'entraide)	21
Le non-recours	22
SORTIES DU TABAGISME ET INÉGALITÉS SOCIALES ET CULTURELLES	23
Un tabagisme plus important parmi les moins riches et les moins diplômés	23
<i>Comparer les milieux sociaux pour analyser les usages : un exemple australien</i>	23
Rapport aux politiques publiques antitabac	23
Modalités de consommation	24
Une incorporation du stigmatisé	24
Environnement professionnel	25
<i>Résistance ou ambivalence à l'arrêt ?</i>	25
<i>Espaces populaires et cohésion sociale</i>	27
Le sevrage de publics très vulnérables	28
<i>Les femmes enceintes</i>	28
<i>Des cas de vulnérabilités spécifiques : troubles psychiques, migrations et discriminations</i>	29
Enjeux de l'arrêt en cas de pathologie psychiatrique	29
Appréhender les spécificités du sevrage des personnes racisées et/ou migrantes	29
CONCLUSION	31
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	33

Remerciements

Pour leur relecture : Line Pedersen (lectrice, Département de travail social, politiques sociales et développement global, université de Fribourg), Fabrice Guilbaud et Ivana Obradovic (OFDT).

Pour sa contribution à la recherche documentaire : Isabelle Michot (OFDT).

Pour citer ce rapport : Isaora Rivierez (2023). Les sorties du tabagisme, un état de la littérature en sciences sociales, Paris, OFDT, 40 p.

SYNTHÈSE

Cette revue de littérature en sciences sociales sur les trajectoires de sortie du tabagisme propose dans un premier temps de rendre compte des enquêtes qui s'intéressent aux méthodes d'aide à l'arrêt et aux professionnels de l'accompagnement au sevrage. La seconde partie du document traite des études qui analysent le poids des variables socioéconomiques sur le maintien du tabagisme et/ou le sevrage.

Dans la première partie, les travaux disponibles indiquent que la majorité des fumeurs font le choix d'arrêter de fumer spontanément et sans assistance malgré l'existence de nombreux dispositifs et méthodes d'accompagnement. Pourtant, une minorité d'études portent sur le sevrage autonome et sur ses trajectoires associées. Elles révèlent que les usagers accordent une valeur symbolique très élevée à ce mode d'arrêt et que la norme d'abstinence après l'arrêt est également valorisée.

Bien que l'efficacité de l'accompagnement par des professionnels de santé et la prise de traitements nicotiniques de substitution (TNS) sont scientifiquement prouvées, recommandées et rendues plus accessibles, en particulier en France, les fumeurs avancent plusieurs freins à l'utilisation de ces traitements : leur coût ou leur perception, des effets indésirables et d'autres représentations négatives associées limitent le recours aux TNS. En outre, certains fumeurs qui présentent un attachement aux gestes du tabagisme considèrent que leur dépendance est psychologique plutôt que physique, ce qui constitue un frein supplémentaire. Certains expriment également des préoccupations quant à l'efficacité des traitements, craignant que ces derniers puissent retarder le sevrage ou créer une nouvelle dépendance. S'agissant des éléments facilitateurs, le soutien social de l'entourage ainsi que les rétributions sociales associées à l'arrêt du tabac sont des facteurs importants pour la décision d'arrêt du tabac. Dans le même sens, les cigarettes électroniques (ou e-cigarettes) ont suscité un intérêt croissant en tant qu'outil d'accompagnement à l'arrêt depuis leur apparition sur le marché. Toutefois, en France, les pouvoirs publics sont dans un entre-deux à l'égard de cet objet, ne le reconnaissant pas formellement comme une aide au sevrage, mais ne l'interdisant pas non plus. Les différents travaux menés sur son usage mettent en évidence les motivations des utilisateurs, son efficacité pour le sevrage tabagique et la diversité des facteurs socioculturels qui influencent les pratiques de vapotage. Ils abordent également l'influence du genre et de l'âge sur son usage parfois dual (tabac et e-cigarette) ainsi que les représentations ou postures vis-à-vis de l'objet.

En matière d'accompagnement à l'arrêt, la littérature montre qu'en France les médecins généralistes jouent un rôle clé tant dans le suivi que dans l'orientation vers des tabacologues. Ils abordent régulièrement la question du sevrage avec leurs patients les plus à risque, présentent le panel des aides disponibles (incluant la cigarette électronique), mais prescrivent majoritairement des TNS en première intention suivant les recommandations de la Haute Autorité de santé. Les pharmaciens d'officine jouent également un rôle dans cet accompagnement. Ils délivrent des substituts nicotiniques, mais proposent aussi des conseils et/ou des tests d'évaluation rapide du niveau de dépendance tabagique. Les connaissances sur leurs pratiques professionnelles restent cependant parcellaires, ce qui souligne le besoin d'études en ce sens. D'autre part, les dispositifs d'aide à distance, qui recouvrent des services interactifs à destination des personnes souhaitant arrêter de consommer du tabac, ont prouvé leur efficacité pour faciliter le sevrage. Les services en ligne (sur des sites internet, des applications mobiles ou les réseaux sociaux dans le cas des groupes d'entraide virtuels) bénéficient d'une acceptabilité particulièrement bonne. Néanmoins, malgré leur plus grande accessibilité et leur positionnement complémentaire aux services traditionnels, leurs usagers ont parfois exprimé des retours négatifs liés à un sentiment d'avoir été jugés par leurs interlocuteurs. Ces dispositifs semblent mieux acceptés lorsque les interactions avec des professionnels sont limitées, soit par un accompagnement assuré par des pairs aidants, soit parce que les échanges prennent la forme de messages écrits (SMS par exemple).

La prégnance de l'idéalisation d'un arrêt autonome, suivi d'une abstinence tabagique et nicotinique

par les fumeurs, est associée à des valeurs morales ou des qualités précises : contrôle, dépassement de soi, force morale. L'intériorisation du stigmatisme tabagique persiste même après l'entrée dans un parcours d'arrêt. Finalement, encore très peu d'études proposent une analyse qualitative et compréhensive des trajectoires et des modalités de sortie du tabagisme.

La seconde partie du document présente des travaux qui mettent en évidence le poids de la position socioéconomique sur l'expérience de sevrage tabagique. En France comme à l'international, le tabagisme et les inégalités sociales de santé qui lui sont associées sont des préoccupations majeures de santé publique. Les personnes ayant un faible niveau de diplôme, un revenu réduit ou en situation de chômage sont plus enclines à fumer. Toutefois, si les pratiques et les représentations des fumeurs sur le tabac divergent selon leur classe sociale, il est important de noter que son stigmatisme associé est présent dans l'ensemble des groupes concernés et que son expression par les usagers est protéiforme. Les sentiments de honte et d'embarras liés au tabagisme s'expriment dans des espaces différents au regard de la classe sociale, du genre et de l'âge des individus. Les environnements professionnels jouent également un rôle clé dans le maintien ou l'arrêt de la consommation, avec des contextes plus favorables au tabagisme dans les emplois occupés par les personnes des classes populaires. Enfin, certaines recherches mettent en évidence la difficulté pour les personnes en situation de grande précarité d'arrêter de fumer, en raison du coût social du sevrage et d'un rapport au temps qui leur est particulier.

Plusieurs études portant sur des groupes pour lesquels le sevrage représente des difficultés particulières ont été examinées : les femmes enceintes, les personnes atteintes de pathologies psychiatriques et les personnes qui ont vécu une expérience de migration et/ou qui sont exposées à des discriminations.

Les travaux qui s'intéressent aux femmes enceintes fumeuses montrent que les facteurs associés au sevrage tabagique pendant la grossesse incluent un statut socioéconomique élevé, un suivi médical régulier, un statut conjugal stable, une faible exposition au tabac et à l'alcool, ainsi qu'un état moral et psychologique stable. Dans le cas des autres groupes, la littérature montre que les personnes atteintes de pathologies psychiatriques ont une prévalence plus élevée de tabagisme. Le sevrage tabagique peut améliorer la santé mentale, mais il est aussi plus difficile pour les personnes vivant avec ces pathologies, notamment du fait d'une expérience plus intense des symptômes indésirables du sevrage ou d'une insensibilité à la pharmacothérapie dans certains cas. De plus, les soignants se montrent parfois réticents à encourager le sevrage de ces patients. En ce qui concerne les personnes racisées et/ou migrantes, les données sont limitées en France. Les facteurs tels que la précarité administrative, l'isolement et les traumatismes liés à l'expérience de migration semblent contribuer au maintien du tabagisme. Les professionnels de santé ont tendance à hiérarchiser les priorités de traitement et, faute de ressources adaptées, ne considèrent pas toujours le sevrage tabagique comme une priorité pour les personnes migrantes. Le sevrage tabagique chez les populations vulnérables présente donc des enjeux spécifiques pour lesquels les connaissances manquent encore.

INTRODUCTION

La constitution de cette revue de la littérature en sciences sociales sur les sorties du tabagisme s'inscrit dans la conduite du projet « Trajectoires de consommation et de sorties du tabagisme » (Tabatraj), financé par le Fonds de lutte contre les addictions géré par la Caisse nationale d'assurance maladie. Procédant par entretiens approfondis (parfois répétés auprès de mêmes personnes), l'étude Tabatraj vise à compléter les connaissances sur les leviers de sortie du tabagisme. Il s'agit d'abord de documenter précisément des « carrières » de consommation et de sortie du tabagisme. L'analyse des modalités par lesquelles les trajectoires de consommation sont façonnées par les inégalités sociales de santé est au cœur de cette étude. Les principaux résultats du projet Tabatraj seront rendus par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives en 2024.

Contrôler la prévalence tabagique, une priorité française

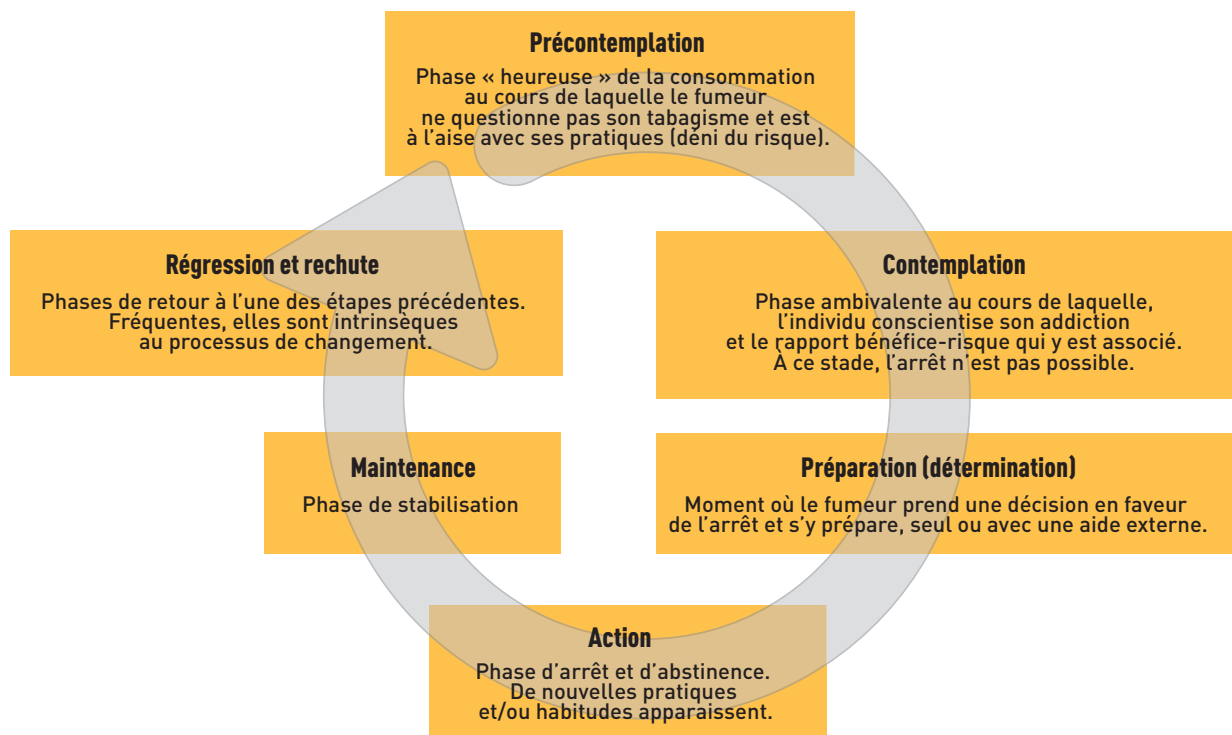
En France, alors que la prévalence du tabagisme avait stagné autour de 30 % entre 2000 et 2016, une importante variation à la baisse a été amorcée en 2017. Les résultats des derniers Baromètres de Santé publique France tendent à confirmer cette évolution : le tabagisme quotidien passe de 29,4 % en 2016 à 24 % en 2019 puis se stabilise autour de 25 % (2020-2021) soit environ 12 millions de fumeurs quotidiens (Guignard *et al.*, 2021 ; OFDT, 2022). Jusqu'en 2019, cette tendance s'observe chez les hommes comme chez les femmes, dans plusieurs classes d'âge entre 18 et 54 ans, chez les non diplômés comme les plus diplômés, pour tous les niveaux de revenus et parmi les actifs occupés. La quantité de tabac fumé connaît, elle aussi, une légère diminution dans la période, soit 13,3 cigarettes par jour en moyenne pour les fumeurs quotidiens en 2017 contre 12,7 en 2021 (Pasquereau *et al.*, 2018, 2022). Toutefois, parmi les adultes, une légère reprise de la prévalence tabagique pour les femmes et les personnes peu ou pas diplômées se dessine après la crise sanitaire consécutive à la pandémie de Covid-19. Le tabagisme féminin passe ainsi de 20,7 % en 2019 à 23 % en 2021 et de 29 % à 32 % pour les personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au baccalauréat (Pasquereau *et al.*, 2022). Cette tendance n'est pas générale. En effet, au cours des confinements liés à l'épidémie, les comportements tabagiques des fumeurs français sont majoritairement restés stables, les seniors (65 ans et plus) et les diplômés de niveau bac et plus ayant même déclaré une diminution de leur consommation (Guignard *et al.*, 2021). En parallèle, les motivations à l'arrêt et les tentatives effectives de sevrage tabagique connaissent une croissance notable. En 2021, 30,3 % des fumeurs quotidiens ont entrepris une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours de l'année, cette proportion se situant autour de 25 % entre 2016 et 2018. De plus, 6 fumeurs quotidiens sur 10 ont déclaré désirer arrêter de fumer, même si une proportion importante d'entre eux (27,9 %) ne connaissaient pas la temporalité dans laquelle ils souhaitaient mettre en œuvre cet arrêt (Pasquereau *et al.*, 2022). Ces tendances à la réduction des usages de tabac s'inscrivent dans les objectifs d'un programme national plus large de lutte contre le tabac (2018-2022) qui place l'accompagnement des fumeurs vers le sevrage parmi ses axes principaux et fait de certaines populations clés (personnes sans emploi, aux ressources modestes et femmes en particulier en cas de grossesse) les cibles prioritaires de ses interventions (ministère des Solidarités et de la Santé et ministère de l'Action et des Comptes publics, 2018).

Une littérature sur le sevrage tabagique dominée par les approches psychosociales

Dans la littérature en santé publique, la sortie du tabagisme est principalement mesurée au regard d'un critère d'abstinence et analysée au prisme d'approches psychosociales. Différentes théories et travaux épidémiologiques permettent ainsi de qualifier et de quantifier les temporalités de sortie. Elles sont le plus souvent catégorisées en court, moyen ou long terme (moins d'un an, 1 à 5 ans, plus de 5 ans) ou étudiées à partir d'une classification en stades distincts, qui représentent chacune une étape de l'arrêt. En la matière, le « modèle transthéorique du changement » (fondé sur la clinique, le qualificatif « transthéorique » du modèle reste interne à la psychologie) de Prochaska et DiClemente (1982) fait référence pour décrire les différentes étapes du processus de sevrage :

précontemplation, contemplation, préparation, action, maintenance et régression/rechute (Prochaska et DiClemente, 1982) (schéma1). Au fil du temps, ce découpage a fait l'objet de critiques (West, 2005) et d'ajustements (DiClemente *et al.*, 2004 ; DiClemente, 2005) qui ont permis de souligner la complexité de ces stades qui représentent, non pas une chronologie rigide de l'arrêt, mais plutôt des états variables dont l'évaluation nécessite une certaine souplesse (Benyamina, 2016).

Schéma I. Les stades du sevrage selon le modèle transthéorique du changement (Prochaska et DiClemente, 1982)



D'autres approches, notamment en sociologie, défendent une acception plus souple de la notion de sortie ou d'arrêt. Line Pedersen montre, par exemple, en faisant usage du terme de « trajectoire de déprise », que la fin d'une addiction « peut être conçue comme le passage d'un état à un ou d'autres états de vie où les personnes quittent la toxicomanie comme pratique, mais qui ne signifie pas une abstinence totale pour autant » (Pedersen, 2019). Elle explique que les personnes « addictes » qui souhaitent arrêter de consommer – sans distinguer le type de produits – souhaitent principalement se défaire de l'emprise du produit sur leur existence et leurs pratiques. L'arrêt (ou la sortie) recouvre alors une pluralité de représentations allant de l'abstinence à diverses formes de consommations autocontrôlées. L'inclusion de la question des rapports de pouvoirs entre groupes sociaux dans la définition des inégalités sociales de santé fait partie du plaidoyer pour une approche compréhensive de ces phénomènes. Estelle Carde en propose une définition ajustée en tant que « différences de santé observées entre plusieurs groupes sociaux et qui résultent du (ou des) rapport(s) de pouvoir qu'ils entretiennent, qu'elles inspirent ou non un sentiment d'injustice à ces groupes et qu'elles désavantagent des dominant·e·s ou des dominé·e·s » (Carde, 2021).

Cette revue de littérature s'inscrit dans la continuité de ces approches et propose une synthèse des résultats d'enquêtes qui portent d'abord sur l'expérience de sevrage tabagique (notamment via l'usage de la e-cigarette) chez différentes populations de fumeurs. La première partie inclut également la présentation de résultats d'études focalisées sur des professionnels de l'accompagnement au sevrage. La seconde partie est consacrée aux sorties du tabagisme au regard des inégalités sociales et culturelles de santé.

Méthodologie

Les données présentées dans cette revue narrative¹ offrent un aperçu de la littérature en sciences humaines et sociales et, dans une certaine mesure, en santé publique prenant pour objet de recherche la sortie du tabagisme. Deux méthodes de recherche ont été mises en œuvre pour la réalisation de ce travail. Une quête aléatoire aussi dite en « boule de neige » a permis d'identifier des références clés en particulier au sein de la littérature francophone. Suivant ce premier mode de recherche, l'examen des bibliographies des premières lectures amène à la découverte de nouveaux travaux, ceci jusqu'à parvenir à « saturation ». Parallèlement, une recherche sur des bases de données dédiées a été réalisée en retenant un bornage temporel à environ dix ans (articles mis en ligne ou publiés entre janvier 2010 et janvier 2023) :

- Le portail documentaire de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) (<https://bdoc.ofdt.fr/>). La veille documentaire y a été réalisée en interrogeant les bases de références PubMed, ScienceDirect, et ResearchGate. Cette veille a été complétée par une recherche à partir d'autres sources mises à disposition en ligne par des acteurs institutionnels (les publications de l'OFDT - <https://www.ofdt.fr/>, de Santé publique France - <https://www.sante-publiquefrance.fr/revues/>, de l'Organisation mondiale de la santé https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1) ou associatifs (Réseau de prévention des addictions - Respadd) ainsi que par des méta-analyses de type Cochrane (<https://www.cochrane.org/>). Sur les multibases documentaires, les mots clés suivants ont été mobilisés : « tobacco cessation » ; « smoking cessation » ; « smoking trajectories » ; « tobacco quitting » ; « cessation service(s) » ; « stop-smoking service(s) » ; « tobaccologist » ; « cold-turkey quitting ». Une double vérification a été réalisée manuellement pour les revues suivantes : Social Science and Medicine, BMC Public Health, Addiction, et Sociology of Health and Illness.
- Le moteur de recherche avancée Google Scholar (<https://scholar.google.com/>) a été utilisé pour la recherche par auteur(s).
- Le portail de recherche Cairn (<https://www.cairn.info/>), spécialisé dans les ressources documentaires en sciences humaines et sociales, a été mobilisé pour les revues francophones Psychotropes, Santé publique, Déviance et société, Sciences sociales et santé, la Revue française des affaires sociales et la Revue française de sociologie. Les mots clés suivants ont été utilisés : « sevrage tabagique », « cessation tabagique », « arrêt du tabac », « fumeur ET arrêt », « tabacologue » et « addiction au tabac ».

La présélection des articles issus de la recherche documentaire a été réalisée au regard de leur titre et de leur résumé. Les articles considérés comme pertinents ont ensuite été lus en prenant en compte les critères suivants : auteur(s), année de publication, revue, pays, population concernée, nombre d'individus inclus dans l'étude, méthodologie et résultats de l'étude. Les enquêtes qualitatives qui traitent de l'expérience de sortie du tabac en termes de motivations, de représentations associées et de pratiques font l'objet des présentations les plus détaillées et sont articulées, lorsque cela a été estimé pertinent, à des études quantitatives en population générale (notamment pour la description du cas français) et à des revues de littératures et/ou méta-analyses de littérature internationale (Cochrane).

1. Les résultats sont considérés comme non exhaustifs, la réalisation ultérieure d'une revue systématique pourrait participer à les enrichir.

L'ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE : DES OUTILS ET DES PROFESSIONNELS

Face aux traitements, une préférence durable pour l'arrêt autonome

En dépit de la pluralité de méthodes et dispositifs d'accompagnement au sevrage disponibles, à l'échelle internationale, les études disponibles indiquent que les fumeurs font majoritairement le choix d'arrêter sans aide. Dans les années 2000, entre deux tiers et trois quarts des fumeurs étasuniens ont fait le choix d'un sevrage tabagique spontané (Chapman et MacKenzie, 2010 ; Soulakova et Crockett, 2017)²⁰¹⁰ ; Soulakova et Crockett, 2017, une tendance qui se vérifie également en Australie dans une temporalité plus récente (Dono *et al.*, 2022 ; Smith *et al.*, 2015b)². En France, la Haute Autorité de santé (HAS) recommande l'accompagnement par un professionnel de santé et les traitements médicamenteux si nécessaire (HAS, 2014a). Les traitements nicotiques de substitution (TNS) sont ainsi considérés comme des traitements de première intention pour le sevrage. Leur utilisation combinée, à la fois des formes orales (gommes, comprimés ou pastilles, inhaleurs ou sprays buccaux) et des formes transdermiques (patchs) à libération progressive de nicotine, est la plus indiquée. Les médicaments (varénicline) sont considérés comme des traitements de seconde intention et recommandés pour les personnes présentant un score élevé de dépendance tabagique.

TNS et médicaments

Dans le cas français, le bilan « tabac » publié par l'OFDT offre un éclairage sur les ventes et les remboursements de traitements d'aide à l'arrêt du tabac (Douchet, 2023). Il comptabilise 1 020 679 bénéficiaires annuels d'au moins un TNS en 2022 et fait état d'une augmentation de 28,2 % des volumes vendus en pharmacie entre 2019 et 2022. Cette croissance du recours au traitement médicamenteux peut être expliquée par les mesures incitatives au sevrage tabagique prises par les pouvoirs publics depuis le milieu des années 2010, étape supplémentaire dans la stratégie de « dénormalisation » du tabac adoptée par l'État (encadré 1). En effet, depuis janvier 2016, la prescription de substituts nicotiques (TSN)³ a été ouverte à une plus grande diversité de personnels soignants : infirmiers et infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes, médecins du travail et dentistes. Toutefois, les soignants ne figurent pas parmi les principaux prescripteurs. Ce sont les médecins généralistes qui arrivent en tête (71 %), suivis des médecins spécialistes (cardiologues, psychiatres, gynécologues et pneumologues). Depuis 2019, les forfaits⁴ encadrant la prise en charge des TNS par la Sécurité sociale ont également disparu, à la faveur d'un remboursement sous le régime général (Douchet, 2022). À la suite de ces mesures, une augmentation du recours aux TNS par les personnes précaires, mesurée par la part des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire parmi les acheteurs, a été observée. Les adultes âgés de 26 à 50 ans sont les plus nombreux à avoir recours à un remboursement, avec une proportion un peu plus importante d'hommes que de femmes (498 679 contre 474 557 en 2021). Les recours restent cependant moindres lorsqu'ils sont rapportés aux prévalences tabagiques selon le sexe. Le bilan offre aussi des informations sur les types de traitements achetés. Du fait des recommandations de la HAS en faveur d'un usage combiné de dispositifs transdermiques et de substituts sous forme orale, la vente de ces deux produits connaît une croissance continue entre 2021 et 2022 (+ 6,6 % pour les traitements oraux et + 4,3 % pour les patchs). Les ventes du médicament Champix (varénicline) ont drastiquement chuté après un rappel de lots ordonné par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et représentent moins de 1 % du marché en 2021. En revanche, ces données ne renseignent pas sur les modalités de prises et les représentations individuelles sur les traitements.

2. L'étude de J. Dono et ses collègues indique que la proportion des fumeurs qui décident de se sevrer sans aide a décliné entre 1998 et 2017 (de 61 % à 40 %), mais que ce mode d'arrêt reste le plus populaire face aux autres méthodes.

3. La thérapie de substitution nicotinique (TSN) vise à réduire les symptômes de sevrage tabagique des fumeurs en remplaçant la nicotine habituellement présente dans leurs cigarettes. Elle recouvre les différents TNS disponibles : les patchs cutanés, les gommes à mâcher et les pastilles, les vaporisateurs nasaux et oraux ainsi que les inhalateurs.

4. Les traitements de substitution nicotinique étaient remboursés sur la base d'un forfait annuel de 150 euros qui nécessitait une avance de frais de la part des usagers.

La notion de « dénormalisation » du tabac

La notion de « dénormalisation » émerge du champ de la psychologie sociale au milieu des années 1980, à partir des travaux de Berkowitz et ses collègues qui étudient l'influence des normes sociales perçues sur les comportements individuels au sein de groupes (Berkowitz, 2004). Selon cette approche, les normes perçues peuvent diverger des normes réelles que sont les pratiques de la majorité. Un exemple souvent cité de norme sociale perçue est l'idée selon laquelle « tous les jeunes sont fumeurs » qui participerait au maintien d'une pratique tabagique élevée au sein de ce groupe. Toutefois, sa définition est polysémique. Appliquée à la prévention du tabagisme, elle tend à désigner à la fois le processus et les moyens mis en œuvre pour renverser l'image sociale du tabac et lui assigner une place de substance réprouvée : moins acceptable, moins accessible et moins désirable (Jacques et al., 2004). Les sociologues Jean Constance et Patrick Peretti-Watel l'utilisent pour qualifier des politiques publiques de prévention « capable[s] de débanaliser une pratique tabagique fortement installée dans les mœurs » (Constance et Peretti-Watel, 2010). Cette entreprise, particulièrement efficace aux États-Unis, a essaimé dans d'autres pays, y compris en Europe. Les politiques mises en œuvre ont évolué au fil du temps en passant d'une logique de protection individuelle promouvant l'information sur les coûts du tabagisme pour les fumeurs à une logique de régulation sociale soulignant les coûts sociaux du tabac pour la santé, l'économie et l'environnement. Depuis 2001, elles recouvrent des dispositifs juridiques dédiés, harmonisés à l'échelle européenne, qui se caractérisent par des mesures de taxation des produits du tabac, une politique de régulation et la création de programmes de lutte contre le tabagisme (Obradovic et Taiclet, 2017).

Les travaux qualitatifs qui étudient le recours aux traitements de substitution (dispositifs transdermiques et formes orales) et aux médicaments mettent en avant des freins, liés à leur coût réel ou supposé, aux effets et sensations indésirables qu'ils provoquent ainsi qu'à un ensemble de représentations sur la prise du traitement en tant que telle, qui semblent plus souvent exprimés par les personnes ayant peu de ressources économiques (tableau 1, p. 11).

L'enquête de Morphet *et al.* interroge les représentations sur les TNS en Australie (n = 29 fumeurs quotidiens interrogés) (Morphett *et al.*, 2015). Alors que les traitements de substitution nicotiques y sont partiellement pris en charge dans le cadre d'une prescription, le coût est avancé comme un premier frein au recours, ce qui pourrait être dû à un manque d'information sur les possibilités de remboursement. Ils montrent aussi que le non-recours aux TNS relève souvent de pratiques d'autocatégorisation des fumeurs. Alors que les participants exprimaient leur croyance dans l'efficacité des TNS en cas d'addiction physique ou physiologique, ils ne se considéraient pas comme concernés, car ils estimaient être attachés aux gestes du tabagisme et s'auto-attribuaient une addiction psychologique. Pour les enquêtés ayant déjà expérimenté les traitements, un non-respect de la posologie était fréquemment rapporté. Les traitements étaient en effet envisagés comme des moyens de supporter l'impossibilité ponctuelle de fumer (voyage, séjour à l'hôpital) plutôt que comme des aides au sevrage de long terme. L'expérience personnelle d'effets indésirables ou le fait d'en entendre parler était suffisant pour amener à un décrochage et une crainte de développer une dépendance au traitement a été rapportée par quelques enquêtés. Concernant les médicaments (varénicline, bupropion), ils étaient majoritairement inconnus des participants et avaient une très mauvaise image auprès de ceux qui en avaient entendu parler du fait de leurs effets indésirables réels ou supposés sur la santé mentale. Pour plusieurs raisons, le traitement médicamenteux n'était pas acceptable pour la plupart d'entre eux : réticence à la prise de médicament en tant que telle, perception du médicament comme une mesure « extrême » de sevrage, association avec l'idée de maladie grave, perception d'inefficacité relativement à des expériences vécues au sein de l'entourage, etc. La petite minorité de participants (n = 3) ayant déjà pris un traitement médicamenteux rapportait cependant leur efficacité, même en cas de rechute.

Tableau 1 – Les préférences pour les modes de sevrage

Auteur(s)	Date	Pays	Population	Principaux résultats
Koski-Jannes A. & Turner N.	1999	Finlande	Adultes sevrés de conduites addictives depuis 3 ans ou plus (n = 76 dont 15 ex-fumeurs)	Le sevrage tabagique est long (≈ 12,8 ans). La majorité des fumeurs ont décidé d'arrêter seuls (87 %) et déclarent s'y être préparés. L'accompagnement au sevrage (aide professionnelle, autosupport) était négativement perçu. La volonté et le sport sont évoqués comme moyens de prévention des rechutes.
Stewart C.	1999	États-Unis	Adultes non fumeurs depuis 5 ans, s'étant sevrés sans aide (n = 40)	Le sevrage spontané, bien que méthode favorite, s'accompagne de rechutes nombreuses.
Dalum P.	2008	Danemark	Adolescents et jeunes adultes de 15 à 21 ans (n = 26)	Le choix des méthodes d'arrêt est hétérogène pour ceux ayant réussi l'arrêt et ceux ayant échoué. Avoir des amis fumeurs et du soutien des pairs sont des variables importantes pour le maintien de l'arrêt. La formalisation et l'institutionnalisation du sevrage sont négativement perçues.
Kotz D., Brown J. & West R.	2014	Angleterre	Fumeurs ayant tenté d'arrêter au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête	Les fumeurs ayant recours à la combinaison TSN et accompagnement individuel par un service d'aide publique ont près de trois fois plus de chances de succès que ceux qui arrêtent sans aide. Ceux qui utilisent un traitement de substitution nicotinique ont autant de chances de réussite que ceux qui arrêtent sans aide.
Mikkelsen S.S.	2015	Danemark	Ex-fumeurs sevrés au cours des 5 années précédant l'enquête	63 % des ex-fumeurs interrogés ont arrêté sans aide. Les hommes et les jeunes se sevrèrent le plus souvent sans aide ; les fumeurs de longue durée et les « gros » fumeurs choisissent moins souvent l'arrêt spontané.
Morphett K.	2015	Australie	Fumeurs (n = 29)	Les fumeurs se prononcent en faveur de l'adaptation du mode de sevrage en fonction de la personnalité et de la nature de l'addiction tabagique. L'arrêt spontané serait adapté pour les personnes possédant force morale, volonté et motivation haute. Le coût et les effets indésirables sont des barrières à l'usage de TSN qui sont par ailleurs souvent mal utilisés (non-respect de la prescription, dosage).
Smith A.L.	2015	Australie	Revue de littérature systématique	11 études sur le sevrage autonome sont identifiées. Une typologie des expériences de sevrage est proposée : mesurée, opportuniste, inattendue et naïve. Le sevrage spontané est la méthode d'arrêt la plus populaire.
Smith A.L.	2017	Australie	Ex-fumeurs (24-68 ans) sevrés depuis 6 à 24 mois	Étude des processus de sevrage (arrêt spontané versus planification). La typologie (2015) est reprise avec 3 variables additionnelles : la présence ou non d'un déclencheur identifié, le taux d'effort (cognitif et pratique) et le type de process cognitif qui caractérise le sevrage. L'expérience de sevrage comprend des éléments de spontanéité et de réflexion, ainsi qu'un investissement temporel et cognitif antérieur à l'arrêt.
Smith A.L.	2018	Australie	Ex-fumeurs (24-68 ans) sevrés depuis 6 à 24 mois	Récits de sevrages assistés par médicaments et support professionnel. Deux expériences sont communes à tous : pas de réussite à la première tentative d'arrêt qui est aussi presque toujours réalisée de manière autonome.

L'étude de Boland et ses collègues réalisée sur un échantillon de fumeurs bénéficiaires de minima sociaux (n = 24 participants recrutés après leur participation à un essai randomisé de recherche interventionnelle portant sur l'éducation financière) confirme pour partie ces résultats (Boland *et al.*, 2017). Pour eux, le coût représente un frein important. Le rapport bénéfice-risque peut ainsi paraître déséquilibré aux fumeurs : plaisir du tabac contre désagréments du sevrage, risque d'échec voire coût combiné du tabac et des TNS. Il y a une logique similaire pour les traitements médicamenteux (varénicline) qui sont pris en charge seulement une fois par an sur la base d'un forfait. Dans ce dernier cas, l'adhésion au médicament (varénicline) est mauvaise : oubli des prises, effets indésirables ou croyance dans le fait de ne plus en avoir besoin en cas de sevrage considéré comme réussi ou en cas de rechute. De plus, les traitements sont fréquemment pris selon un dosage erroné. La plupart des participants à cette étude ont cité les effets indésirables comme la cause de leur non-respect des prescriptions s'agissant des TNS ou de la varénicline. Les effets cités allaient de l'éruption cutanée aux perturbations psychologiques. Plusieurs mentionnaient un usage tabagique concomitant à la prise des traitements. S'agissant des représentations associées, il apparaît que le traitement était considéré comme efficace pour réduire la consommation, mais pas pour le sevrage total. L'idée selon laquelle la prise de TNS participe à retarder le sevrage et à créer une nouvelle addiction à surmonter était une croyance commune des participants. Ils associaient l'arrêt du tabac à un critère d'abstinence et d'élimination de toute substance nicotinique.

Une enquête plus récente réalisée en France étudie les facteurs psychosociaux de l'arrêt, de la reprise et du maintien de la pratique tabagique à partir des récits des participants à l'essai clinique randomisé Addicstatine testant l'efficacité d'un traitement médicamenteux (la simvastatine) pour le sevrage tabagique (Laurent *et al.*, 2018). Pour leurs enquêtés, la décision de participation à un essai clinique est intervenue après qu'ils ont identifié leurs difficultés à contrôler leur consommation alors même qu'ils étaient attachés à l'idée d'une abstinence tabagique. Certains ne souhaitaient pas déclarer à leur entourage qu'ils faisaient une nouvelle tentative de sevrage et ont perçu positivement l'accompagnement d'une infirmière au cours du processus. Le discours sur la « volonté » reste prégnant étant à la fois perçu comme une variable clé pour réussir son sevrage et complémentaire à la prise de médicaments (Morphett *et al.*, 2015). Ils soulignent également que l'arrêt n'est pas toujours une décision individuelle et que les pairs peuvent jouer un rôle dans l'accompagnement du processus. Les conjoints ou conjointes ainsi que les enfants étaient les « entrepreneurs de morale » (Becker, 1985, p. 171)⁵ les plus influents rapportés par les participants ayant annoncé leur participation à l'essai à leurs proches.

Concernant le rapport à la prise de médicament, et contrairement aux freins identifiés dans le reste de la littérature, les enquêtés ont démontré peu de réticences ou d'inquiétudes. Les auteurs font l'hypothèse que cela peut s'expliquer à la fois par le nombre de tentatives précédentes et la variété des méthodes utilisées lors de ces dernières (TNS et alternatives, arrêt spontané), par l'existence de périodes d'arrêt long au cours de leur parcours tabagique et par la connaissance de personnes ayant réussi un sevrage tabagique dans leur entourage (Christakis et Fowler, 2008)⁶. Les auteurs ont également relevé une différenciation genrée des discours sur le médicament. Les hommes affichaient une croyance forte dans la capacité du produit à réduire ou faire disparaître l'addiction tabagique et ont ensuite attribué leur échec à la croyance dans le fait qu'ils avaient reçu soit un placebo, soit un mauvais dosage. Les participants ayant réussi leur sevrage attribuaient leur arrêt à une pluralité de facteurs : leur volonté, l'efficacité du médicament (molécule ou effet placebo), la démarche de participation à un essai en tant que telle (soutien de l'entourage et des soignants), les rétributions sociales liées à l'arrêt. S'inspirant de la notion des rétributions sociales du militantisme (Gaxie, 1977), les auteurs expliquent que les rétributions sociales à l'arrêt du tabac caractérisent à la fois des rétributions objectives de nature financière (économies réalisées) ou sensorielle (goût, amplitude respiratoire, forme physique), et des rétributions symboliques diverses : le gain de temps (pour le repos, les loisirs, le travail), l'estime de soi, le sentiment de liberté vis-à-vis de l'addiction et, de manière plus marginale, le sentiment d'un « changement de caractère » (sérénité, respect, productivité) (Laurent *et al.*, 2018, p. 62).

5. Pour Becker, un « entrepreneur de morale [...]» entreprend une croisade pour la réforme des mœurs ».

6. Le sevrage d'un conjoint ou d'une conjointe réduit les chances de tabagisme de 67 %, d'un frère ou d'une sœur de 25 %, d'un ami ou d'une amie de 36 %, d'un ou d'une collègue de 34 % lorsque le cercle professionnel est restreint.

Les freins à l'arrêt exprimés par les participants étaient similaires à ceux retrouvés dans le reste de la littérature :

- L'arrêt est difficile lorsque le tabagisme est aussi le support de liens sociaux amicaux, professionnels et/ou familiaux (Constance et Peretti-Watel, 2010) : crainte de passer à côté de quelque chose, d'être contraint de se retirer d'un groupe qu'on perçoit comme agréable (celui des fumeurs) pour entrer dans celui des non-fumeurs.
- Il faut se déprendre d'une habitude tabagique devenue une « seconde nature » (Bourdieu, 1980) – fumer est considéré comme une évidence, la déprise comme une contrainte physique et morale. Au fil de la trajectoire de sortie, les individus peuvent faire l'expérience d'une dissonance avec cette seconde nature de fumeur qui prend la forme d'un ensemble de micro-événements, de petits événements, de résistances temporaires qui préparent à l'arrêt.
- Enfin, la croyance dans le fait qu'il faut traverser une période stable de sa trajectoire pour réussir son sevrage est forte. La difficulté à gérer l'autocontrainte de l'arrêt en plus des contraintes du quotidien est considérée comme difficile.

Une minorité d'enquêtes portent sur le sevrage spontané, pourtant majoritaire

La majorité des fumeurs qui tentent de se sevrer du tabac font le choix d'arrêter sans aide. Pourtant une minorité d'études s'intéressent au sevrage autonome (aussi appelé spontané ou « cold turkey » désignant par là un arrêt brutal et total de la consommation de tabac) (Chapman et MacKenzie, 2010)2010. Une revue systématique de la littérature australienne montre par exemple que seulement 19 études sur les 185 examinées s'intéressent à ce mode de sevrage (Smith *et al.*, 2015a, b).

L'étude de Morphett et ses collègues (2015) a également cherché à documenter les représentations des fumeurs face à différents modes d'arrêt, y compris le sevrage spontané. Les auteurs expliquent qu'arrêter sans aide est très souvent décrit par leurs enquêtés comme « le meilleur moyen d'arrêter de fumer » (Morphett *et al.*, 2015, p. 6595) et que cette méthode est celle que la majorité des participants annonçaient choisir pour leur prochaine tentative d'arrêt. Les registres de justification évoqués étaient les suivants :

- la croyance que la combinaison d'un fort désir d'arrêt et du sentiment de se sentir « prêt » (associé à la motivation) est suffisante pour se sevrer du tabac. La volonté et le désir d'arrêt étaient considérés comme des émotions indispensables à la réussite du sevrage. Réciproquement, l'échec était associé à un désir ou une volonté insuffisante (« pas assez fort », pas « le bon état d'esprit ») ;
- l'attribution d'une valeur symbolique élevée au sevrage spontané : c'est une réussite, un succès. Cette représentation était plus fréquente parmi les jeunes hommes qui associaient le sevrage à une compétition ou à un défi personnel. En ce sens, recourir à une aide était alors perçue comme une forme de tricherie.

Il est intéressant de noter que l'expérience antérieure d'un sevrage autonome, qu'elle soit personnelle ou observée dans son entourage, échouée ou temporairement réussie, n'entachait pas le socle de valeurs et les représentations positives associées à cette méthode. Les participants blâmaient leur manque de motivation en cas d'échec ou estimaient qu'il était possible d'y arriver s'ils avaient réussi à se passer de tabac, même temporairement. Le sevrage autonome était ainsi à la fois considéré comme la méthode la plus difficile (du fait des symptômes du sevrage et du craving), mais aussi la meilleure. L'idée que cette méthode était plus adaptée en cas d'addiction mesurée au tabac a toutefois été évoquée, les enquêtés attribuant une relation de causalité entre l'intensité du tabagisme et celle de l'addiction.

L'émergence d'une approche compréhensive des usages de e-cigarettes

Depuis leur apparition et leur commercialisation au milieu des années 2000 dans l'Union européenne et aux États-Unis, les cigarettes électroniques ou e-cigarettes ont fait l'objet d'une littérature de plus en plus abondante en santé publique (épidémiologie, psychologie sociale). La tenue de la première conférence internationale sur la e-cigarette à Paris en décembre 2022, organisée par l'Institut national du cancer (INCa) constitue d'ailleurs un indice fort de la constitution de l'enjeu de recherche qu'elle constitue.

Alors que le produit connaît une diffusion élargie en France à partir de 2010-2012, le positionnement des pouvoirs publics vis-à-vis de cet objet est celui d'un entre-deux : pas de reconnaissance formelle en tant qu'aide à l'arrêt, mais pas d'interdiction d'usage. En effet, en 2014, la Haute Autorité de santé lui a refusé le statut d'outil de sevrage tabagique sans toutefois en déconseiller l'utilisation : « La HAS ne recommande pas la cigarette électronique comme outil de l'arrêt du tabac, mais considère que son utilisation chez un fumeur qui a commencé à vapoter et qui veut s'arrêter de fumer ne doit pas être découragée » (HAS, 2014b). En novembre 2021, alors qu'il s'était prononcé plutôt favorablement en 2016, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a révisé son avis et affirmé que les connaissances empiriques sur la cigarette électronique étaient insuffisantes pour les recommander comme des aides au sevrage tabagique dans le cadre d'une prise en charge par des professionnels de santé (HCSP, 2021). La même année, 28,7 % des Français (18-75 ans) avaient expérimenté la cigarette électronique et la prévalence du vapotage quotidien était de 5 % (Pasquereau *et al.*, 2022). La parution de la revue de littérature Cochrane de novembre 2022 pourrait peser dans la révision de ce paradigme, car elle rapporte que l'utilisation de cigarettes électroniques avec nicotine constitue une aide plus efficace que les thérapies nicotiques de substitution pour les sevrages tabagiques d'au moins six mois (Hartmann-Boyce *et al.*, 2022). La convention des parties (COP10) de la convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) qui se tiendra au Panama en novembre 2023 verra également plusieurs mesures visant à réguler la commercialisation et l'usage des e-cigarettes être discutées.

Une méfiance vis-à-vis du produit qui n'empêche pas la croissance des expérimentations

En France, quelques études quantitatives de grande ampleur offrent des données sur les niveaux d'usage, les motivations et une partie des représentations associées aux usages de cigarette électronique. Toutefois les données manquent s'agissant de l'analyse sociologique des trajectoires de consommation associées à l'objet et aux e-liquides. Les résultats les plus récents de ces premières enquêtes sont restitués ici avant de présenter les études qualitatives disponibles qui proposent une analyse compréhensive des représentations et des usages de cet outil.

Le Baromètre de Santé publique France indique que, en 2017, la quasi-totalité des personnes qui vapotent ont une expérience de fumeur (actuelle ou passée) (Pasquereau *et al.*, 2019). La e-cigarette est envisagée comme un moyen de réduire sa consommation quotidienne de cigarettes et pas uniquement dans un objectif d'abstinence tabagique. De fait, la part des fumeurs quotidiens parmi les vapoteurs connaît une chute importante en passant de 64,5 % à 39,7 % entre 2014 et 2017. Parmi les personnes ayant un usage dual, nommés « vapofumeurs », plus de 80 % déclarent une baisse de leur consommation de cigarettes (10,4 cigarettes quotidiennes en moins, soit presque une division par deux). En termes de représentations, les anciens fumeurs ayant déclaré des pratiques de vapotage estiment très majoritairement que la e-cigarette les a aidés à arrêter de fumer (76,3 %). Parmi eux, seulement 8,6 % avaient utilisé l'objet en complément d'une autre aide au sevrage. Toutefois, la moitié de la population considère la nocivité du produit comme équivalente ou supérieure à la cigarette traditionnelle. Ces représentations négatives sont également relevées dans le Baromètre cancer 2021 (INCa et Santé publique France, 2023). Enfin, la réglementation des usages et de la vente est plutôt favorablement perçue : 66,9 % de la population est en accord avec l'interdiction du vapotage dans l'espace public et 77,5 % est favorable à l'interdiction de leur vente aux mineurs, une tendance en croissance.

Comme mentionnés précédemment, les résultats du Baromètre cancer 2021 font état de l'ambivalence qui entoure les usages de cigarette électronique. Ils indiquent un très haut taux d'identification du produit (99,6 % des répondants connaissaient leur existence) et une prévalence d'usage courant en augmentation (7,5 % de la population, + 2,1 % par rapport à 2020). Cependant, les représentations négatives qui y sont associées persistent : un tiers des répondants estiment que son utilisation est nocive pour la santé (une perception plus souvent partagée par les femmes et les personnes âgées de plus de 55 ans) et elle est majoritairement perçue comme autant, voire plus nocive que la cigarette de tabac. L'adhésion à l'idée que la e-cigarette est moins nocive que le tabac fumé est le plus souvent partagée par les fumeurs et les personnes qui ont un niveau de revenu et de diplôme élevé. Par ailleurs, la représentation de la cigarette électronique comme produit dont l'usage peut entraîner l'apparition d'un cancer est très largement partagée par les répondants : près de 80 %⁷.

7. Du fait de l'usage de l'objet, des arômes et/ou de la présence de nicotine (INCa et Santé publique France, 2023, pp. 199-217).

On peut également noter que les résultats de l'enquête ESCAPAD 2022 (OFDT, 2023) indiquent un changement de tendance dans les consommations à 17 ans : les niveaux d'expérimentation de la e-cigarette augmentent et dépassent pour la première fois ceux du tabac. Le niveau d'usage quotidien connaît également un triplement de 1,9 % à 6,2 % entre 2017 et 2022. Cette tendance à la hausse concerne particulièrement les jeunes filles qui déclarent des usages 6 fois supérieurs à ceux observés en 2017 (de 0,9 % à 6,3 %) ce qui pourrait s'expliquer par l'impact du marketing ciblé de ces produits.

Divers profils d'usagers

Astrid Fontaine et Fernanda Artigas ont enquêté sur les pratiques et les représentations d'utilisateurs de cigarette électronique (âgés de 16 à 56 ans) en France (Fontaine et Artigas, 2017)⁸. L'ensemble de leurs enquêtés indiquent que des motivations liées à la santé les ont encouragés à s'intéresser à la e-cigarette. Ils souhaitent trouver une alternative « plus saine » au tabagisme et éviter les aléas physiologiques dont ils faisaient l'expérience quotidienne (odeurs, toux, brunissement de la peau et des dents, céphalées) ou qu'ils craignaient pour le futur (pathologies graves telles que le cancer).

Les auteures proposent une typologie des entrées dans le vapotage qui associe la cigarette électronique en quatre « postures » :

- un outil de substitution : remplacer une dépendance par une autre ;
- un outil de sevrage tabagique : la e-cigarette est vouée à être abandonnée une fois le sevrage considéré réussi ;
- un outil de régulation : un usage dual pour contrôler la consommation de tabac ;
- un objet de curiosité : l'arrêt du tabac est une conséquence non anticipée de l'utilisation de la cigarette électronique qui peut reprendre ou se poursuivre une fois que l'objet est abandonné.

A. Fontaine et F. Artigas montrent que l'utilisation d'une e-cigarette aboutit à un sevrage pour environ la moitié de leurs enquêtés (n = 11/23), à un usage dual durable (n = 6/23) ou à une reprise tabagique (n = 6/23) (Fontaine et Artigas, 2017). Pour ceux ayant une expérience réussie du sevrage, les représentations associées à la e-cigarette sont celles d'un objet « miraculeux » (p. 799) qui facilite la réduction et ou l'arrêt du tabac et dont l'avantage principal réside dans l'évitement des effets indésirables associés aux traitements de substitution préalablement essayés. La majorité des participants utilisaient des e-liquides dosés entre 6 et 12 mg de nicotine. Le maintien d'une addiction à la nicotine n'était pas considéré comme un problème par les enquêtés qui n'envisageaient pas nécessairement la diminution de leurs dosages. Les auteures décrivent une forme de renversement de l'expérience du sevrage permis par la pratique du vapotage : d'une expérience d'arrêt (marquée par les symptômes de *craving*, une perte de confiance, des efforts et des échecs) à celle d'un commencement (nouvelles sensations, nouveaux apprentissages sur l'objet, sur l'addiction). Pour les sevrés, la dépendance semble moins forte et plus acceptable, la perception du tabac se modifie, il devient un objet de dégoût et la perception de soi s'améliore. Les enquêtés n'ayant pas réussi à arrêter de fumer dénoncent un manque d'information et un manque de lisibilité des données disponibles sur la e-cigarette. Le positionnement des pouvoirs publics vis-à-vis de l'objet est considéré comme absent et/ou confus.

Au Royaume-Uni, une enquête qualitative longitudinale (à 12 mois) s'appuyant sur les récits biographiques de personnes ayant utilisé la cigarette électronique pour arrêter de fumer identifie quant à elle trois types de trajectoires d'usage correspondant à trois groupes : ceux qui se maintiennent (maintainers) ont un usage exclusif de la e-cigarette ; ceux qui s'abstiennent (abstainers) ne consomment plus de e-cigarette ou de cigarette traditionnelle ; et ceux qui rechutent (relapsers) ont un usage exclusif de cigarette ou dual en l'associant avec la e-cigarette (Notley *et al.*, 2021). Les expériences liées à la e-cigarette apparaissent extrêmement influencées par le contexte social d'usage : un environnement favorable au vapotage pour les participants « en maintien » et un rejet de la « culture de la vape » pour les participants en rechute par exemple. Pour les abstinents, l'usage de la e-cigarette semble avoir accompagné un désengagement progressif de l'identité de fumeur. Il s'agissait de considérer

8. Les auteures ont également travaillé sur l'objet e-cigarette pour documenter la diversité de l'offre sur le marché français. L'enquête, commanditée par la Direction générale de la santé (DGS), visait également à interroger le rôle éventuel de la cigarette électronique dans l'entrée au tabagisme.

l'entrée dans le vapotage comme un pas vers le sevrage plutôt qu'un moyen instantané d'arrêter. Cette temporalité d'adaptation et d'ajustement à l'objet semble indispensable pour passer du tabagisme à un usage exclusif de cigarette électronique. Les résultats tendent également à indiquer qu'un usage à long terme permet une réduction progressive et aisée de l'addiction à la nicotine et de ses symptômes perçus (baisse du craving, rareté des rechutes) plutôt qu'il ne la nourrit.

Imaginaires sociaux et performativité de la e-cigarette

Plusieurs enquêtes sociologiques ont montré que les définitions individuelles du risque sont liées à des critères d'évaluation des pratiques et des situations plus souvent associés à des « imaginaires collectifs » qu'à une forme d'objectivité rationnelle. Sophie Le Garrec (Le Garrec, 2002), à partir des travaux de Bernard Lahire (Lahire, 1998), propose par exemple de comprendre l'incorporation des conduites addictives au regard des répertoires de contextes sociaux (ou répertoires de schèmes sociaux) adoptés par les individus, ces répertoires étant mobilisés en fonction des expériences de socialisation qu'ils ont traversées. Les significations qu'ils associent à leurs consommations seraient déterminées par ces répertoires préalablement incorporés ou en cours d'incorporation. Suivant cette approche, chaque situation ou interaction nouvelle peut faire évoluer les représentations des individus et enrichir leurs répertoires de schèmes sociaux. Ainsi, comme pour le tabac, le type de e-cigarette utilisée, la vapeur produite, les goûts ou la composition des e-liquides utilisés renvoient ses utilisateurs et utilisatrices à des risques et des plaisirs différenciés selon leurs trajectoires de consommation antérieures.

Les travaux de Frances Thirlway traitent pour partie de la place de la cigarette électronique dans les pratiques de sevrage des fumeurs des classes populaires (*working class*) au Royaume-Uni (Thirlway, 2016, 2019). Elle analyse le poids des rapports sociaux de genre sur le sevrage en prenant en compte une appréhension toute spécifique de l'outil cigarette électronique puis restitue les pratiques liées à cet objet dans cet espace populaire.

Dans un environnement au sein duquel l'alcoolisation et le tabagisme collectif (ou social) des jeunes hommes sont perçus positivement (et comparé à un certain hédonisme de la *working class*), la décision d'abstinence ou d'arrêt poserait un problème moral, car il serait interprété en termes de stratégie de distinction, de prétention, voire de virilité insuffisante. Des formes de coercition à fumer pendant les sorties entre hommes sont notamment observées (Thirlway, 2016). Toutefois, l'usage de cigarette électronique se distingue en son caractère d'objet compatible avec une approche genrée des gadgets et de la technologie qui est cohérente avec cette éthique de l'hédonisme masculin populaire. Une fois l'âge adulte atteint, la masculinité est performée différemment, car le sevrage tabagique peut être intégré à un récit de la responsabilité familiale (figure du « bon père de famille ») ou encore à celui de la maîtrise de soi, ceci à condition qu'aucune difficulté à l'arrêt ne soit mise en avant. Pour ses enquêtés, il était important de rapporter, du moins dans un premier temps, que le sevrage tabagique avait été instantané et le plus souvent sans aide, soit « un triomphe de la volonté masculine » (White et Baird, 2013). L'existence de tentatives précédentes mises en échec était le plus souvent omise du récit initial avant d'être découverte au fil de l'enquête ethnographique. Performer cette norme de masculinité requiert également un sevrage en cas de maladies graves telles que le cancer, l'arrêt vasculaire cérébral ou les crises cardiaques. Un refus d'arrêt dans ces conditions de santé dégradées est susceptible d'être perçu comme une faiblesse ou un manque d'autocontrôle. Dans ces situations et face à la pression de l'entourage ou du corps médical, la e-cigarette pouvait être revendiquée par les enquêtés qui en avaient un usage dual (utilisation simultanée de tabac et d'une cigarette électronique) comme un gage de bonne volonté en direction de l'arrêt.

Pour certaines femmes interrogées par F. Thirlway, malgré plusieurs tentatives d'arrêt, leurs pratiques tabagiques, le sevrage ou la e-cigarette ne constituaient pas des préoccupations majeures, en particulier lorsqu'elles étaient en charge de tâches de care pour leur entourage. L'idée d'y consacrer une temporalité ou une somme d'argent relativement importante leur semblait particulièrement peu compatible avec une « identité morale » d'adulte ayant une famille à charge. Elles avançaient par ailleurs que l'usage des e-cigarettes requiert une forme de vigilance supplémentaire et de la planification : trouver le « bon outil », s'accommoder d'un matériel d'entrée de gamme de mauvaise qualité (fuites, bris), penser aux recharges de liquides, etc. Ainsi, sauf en cas de motivation forte à l'arrêt, fumer leur semblait significativement plus facile et souvent moins cher en prenant en compte le coût du remplacement des e-cigarettes et la disponibilité du tabac illicite dans cette zone.

Dans un article plus récent, la même auteure montre que la médicalisation du tabagisme en tant qu'addiction a eu pour résultat le glissement du tabac d'une catégorie de produit du quotidien à celle de substance moralement condamnable (Thirlway, 2019). Par conséquent, le budget qui lui est alloué est vu comme devant faire l'objet de contrôle et n'est le plus souvent assumé qu'au titre d'un plaisir occasionnel. Elle argue que cet arbitrage moral se retrouve dans le cas de l'usage de cigarettes électroniques. Les fumeurs des classes populaires sur lesquels elle enquête associent l'addiction à la nicotine, via l'utilisation des e-cigarettes, à une faute morale, comparable à l'addiction au tabac. Leur utilisation de long terme peut ainsi être perçue comme une défaillance de la volonté, l'arrêt spontané et l'abstinence représentant la manière la plus valorisée de se sevrer. En outre, alors que le passage à la e-cigarette représente de fait une économie dans un contexte d'accessibilité aisée de l'outil au Royaume-Uni, il s'accompagne tout de même d'une stratégie d'achat visant la rationalisation maximale des coûts : acheter un modèle basique ou se le faire offrir, se procurer les e-liquides les moins chers possibles, sélectionner les magasins qui proposent l'offre la moins chère. Enfin, elle fait l'hypothèse que la variable « plaisir » est centrale et socialement située au cours du processus de sevrage tabagique. Plusieurs de ses enquêtés issus des classes ouvrières percevaient le plaisir tiré du vapotage comme suspect, par association d'idées entre hédonisme et addiction. Pour être acceptée, la e-cigarette doit être traitée non comme un outil permettant de retrouver le plaisir de fumer, mais comme un traitement d'accompagnement au sevrage. En pratique, cela pouvait se traduire par l'évitement des e-liquides aux goûts agréables, la recherche de la simplicité de l'outil utilisé et le contrôle des manières de vapoter, en produisant par exemple le moins de fumée possible. Elle précise que les inquiétudes relatives à l'addiction nicotinique constituent probablement un frein plus important à l'usage des e-cigarettes pour les fumeurs de classes populaires que pour ceux des classes moyennes. En effet, dans les classes moyennes, se conformer à une norme morale d'amélioration de sa santé globale, mais aussi la volonté de se distinguer des fumeurs modestes par l'usage de cigarettes électroniques suffirait à contrebalancer la culpabilité relative au maintien d'une forme d'addiction. En revanche, pour les fumeurs des classes populaires, le poids de la culpabilité liée au fait de continuer à dépenser une partie du budget du ménage afin de satisfaire une addiction pourrait s'avérer plus lourd au regard des valeurs symboliques de respectabilité et de responsabilité qu'ils associent à leur capacité à assurer le soutien financier de leurs proches.

Une autre enquête propose des pistes d'analyse sur les identités associées au vapotage. L'étude de Tokle et Pedersen (2019) sur les motivations, les représentations et l'implication des utilisateurs des e-cigarettes norvégiens impliqués dans ce qu'ils nomment la « subculture de la vape » leur permettent de distinguer deux catégories d'utilisateurs : les cloud chasers et les substitutes (Tokle et Pedersen, 2019). La représentation majoritaire associée à la e-cigarette pour les deux catégories est celle d'un outil de sevrage tabagique. Toutefois, le terme de cloud chasers qualifie les utilisateurs qui associent aussi la vape à une pratique de loisirs et/ou de performance (pour attirer l'attention, association à un sport, à une dégustation), sont partie prenante d'une communauté dédiée⁹ et s'organisent pour défendre l'outil publiquement. Les substitutes, quant à eux, sont d'anciens fumeurs qui ont une perception pragmatique de la cigarette électronique – soit un substitut au tabac qui permet une amélioration de sa santé – et préfèrent en avoir un usage discret. Ils expriment en effet un haut degré de stigmatisation associée au tabagisme et utilisent la e-cigarette pour gérer leur addiction nicotinique dans des contextes où fumer n'est pas permis. Pour plusieurs d'entre eux, passer à la e-cigarette constituait une étape supplémentaire après avoir essayé d'autres méthodes de sevrage non adaptées : mauvaise expérience avec les TSN, dépression suite à la prise d'un traitement (Champix). De plus, ils répliquaient leurs habitudes tabagiques sur le vapotage, en particulier s'agissant de l'invisibilisation de leurs pratiques. Ils préféreraient ainsi s'isoler pour vapoter, car ils considéraient qu'utiliser une e-cigarette est un marqueur fort de leur addiction à la nicotine. Enfin, pour ces usagers, la visibilité des pratiques performatives associée à la cigarette électronique constituait un frein à son usage.

La question de la performativité¹⁰ est également abordée dans l'enquête de Lucherini et ses collègues qui se posent la question suivante : les compétences sociales associées à une « bonne » pratique tabagique (Poland, 2000) peuvent-elles se développer de la même manière dans le cas de l'usage des

9. Le sentiment d'appartenir à une communauté ou d'avoir une identité de vapoteur était également ressenti par les personnes « en maintien » de l'enquête de Caitlin Notley *et al.* (Notley *et al.*, 2021).

10. La notion de performativité appliquée ici à la pratique tabagique fait référence aux travaux de Judith Butler (Butler, 2006).

e-cigarettes (Lucherini *et al.*, 2018) ? De jeunes Écossais (16-24 ans) issus de quartiers populaires ont ainsi été interrogés sur leurs représentations de la cigarette électronique. L'usage récréatif des e-cigarettes était très peu mis en avant par les enquêtés qui l'associaient à un usage majoritairement fonctionnel à des fins de sevrage. Les auteurs démontrent que la catégorie de produits utilisés influe à la fois sur les représentations de l'objet et sur ses pratiques d'usage. En effet, pour les vapoteurs les moins expérimentés, la « cigalike », pensée pour imiter la sensation d'une cigarette traditionnelle (taille, poids, goût), semblait réaliste, mais moins efficace que d'autres produits plus complexes, avec réservoir par exemple. Son prix, plus élevé et au-dessus de leurs moyens, était associé à une meilleure qualité et à une meilleure efficacité. Les vapoteurs moins expérimentés étaient également plus susceptibles de réprouver des formes ostentatoires de vapotage. La possession d'une cigarette électronique avec réservoir ou d'un vaporisateur était associée à un usage plus souple (espace, temporalité) parce que facilement dissociable d'une cigarette, qu'il s'agisse d'un usage rendu plus visible ou d'une volonté de dissimulation. En l'absence de savoirs techniques précis sur l'objet et les risques associés, les participants se sont appuyés sur les connaissances préexistantes qu'ils avaient du tabac et des cigarettes pour se forger une opinion et, de ce fait, construire des normes sociales associées à l'usage de la e-cigarette. Plusieurs d'entre eux se sont, de fait, révélés « prédisposés » à en avoir une perception négative : ayant internalisé la dénormalisation du tabac, ils ont étendu cette perception au vapotage. Ainsi les inquiétudes principales exprimées touchaient aux processus d'inhalation-expiration, au vapotage passif, à la pollution éventuelle de l'air ambiant. Surtout, la question du vapotage en intérieur, dans des espaces non-fumeurs, a particulièrement cristallisé des oppositions (goûts et dégoûts relatifs à la perception des odeurs, au renouvellement de l'air ambiant, permanence d'un stigmatisme associé au geste).

Cette hétérogénéité des discours donne une indication sur l'instabilité importante des représentations relatives à la e-cigarette et sur l'acceptabilité sociale ambivalente du vapotage.

Les rôles des professionnels et des dispositifs d'accompagnement à l'arrêt

La place des médecins généralistes

Les données du Baromètre 2017 de Santé publique France offrent des informations sur les discussions relatives au tabagisme entre médecins généralistes et patients (Cogordan *et al.*, 2020). La consommation de tabac avait été abordée avec 36,7 % des personnes ayant consulté un médecin généraliste au cours de l'année précédant l'enquête, plus souvent à l'initiative du médecin que du patient. Le sujet était davantage abordé avec les hommes de moins de 55 ans présentant une pathologie de santé chronique telle que l'obésité. L'enquête du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (David *et al.*, 2021) permet d'apporter quelques précisions supplémentaires à ces données : 66 % des praticiens interrogés déclaraient assurer le repérage régulier des consommations de tabac pour les patients qu'ils estiment à risque et 63 % d'entre eux déclaraient réaliser des orientations vers des consultations en tabacologie. Toutefois, face à des cas fictifs de patients exprimant le souhait d'arrêter de fumer, 60 à 80 % des médecins ont fait le choix de gérer seuls l'accompagnement au sevrage¹¹. Si la quasi-totalité des généralistes interrogés a indiqué présenter les différentes méthodes d'aide au sevrage à leurs patients, la majorité choisissait de prescrire des TSN en première intention : 80 % en cas de consommation intensive (25 cigarettes/jours) et 65 % en cas de consommation faible (5 cigarettes/jours). La e-cigarette représentait un sujet régulièrement abordé, faisant l'objet d'une discussion dans 40 % des cas. Les autres modes d'accompagnement – de types thérapies cognitives et comportementales (TCC) et méthodes alternatives (acupuncture, auriculothérapie, homéopathie, hypnose ou sophrologie par exemple) – sont proposés à un niveau marginal par 10 à 20 % des praticiens. À noter que les médecins généralistes peuvent justifier d'une réticence à aborder la question tabagique avec leurs patients par crainte de détériorer la relation thérapeutique, en particulier avec les patients présentant des pathologies psychiatriques (Pilnick et Coleman, 2006).

11. La variation est fonction du contexte clinique, de l'âge et de l'intensité du tabagisme quotidien des patients.

Le rôle ancien mais invisibilisé des pharmaciens d'officine

En mai 1999, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a annoncé une convention-cadre qui a désigné les traitements de substitution comme des outils prioritaires de la lutte contre le tabac. La même année en France, l'État a renforcé sa politique de santé publique contre le tabagisme en incluant le tabac à son programme de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances (MILDT, 2000). Plusieurs mesures ont été mises en œuvre : la mise en vente libre des substituts nicotiques dans les officines à la mi-décembre 1999 et la formation des pharmaciens, qui sont dès lors encouragés à être proactifs et à aborder le sujet du tabagisme avec leur clientèle. Dix ans plus tard, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 mentionne l'aménagement d'espaces de confidentialité au sein des pharmacies afin de faciliter ce type de mission. Des recommandations de bonnes pratiques sont également formulées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé en 2006 (AFSSAPS, 2003) et par la Haute Autorité de santé en 2014 (HAS, 2014a). Plusieurs éléments, tels que l'accessibilité (nombre d'espaces de ce type, horaires étendus, absence de prise de rendez-vous) et l'offre de conseils personnalisés, sont avancés en faveur de ce type de prise en charge. Toutefois, les études qui s'intéressent à ce rôle désigné des pharmaciens comme acteurs de l'accompagnement au sevrage sont rares.

Une première enquête a cherché à évaluer ce rôle émergent en observant les pratiques professionnelles en officines à l'échelle régionale (Alsace). Elle a notamment étudié les effets des formations dispensées aux pharmaciens par des laboratoires pharmaceutiques (Le Louarn et Gérard, 2002). Ses résultats ont montré que la majorité des officines enquêtées (85,4 %) proposaient une aide au sevrage tabagique, sans distinction entre espaces urbains et ruraux, et qu'environ un tiers des professionnels (36,6 %) avait bénéficié d'une formation en ce sens. Au début des années 2000, les officines semblent ainsi devenir des lieux de prévention à part entière où sont rendus visibles des brochures, des visuels thématiques et des boîtes de substituts nicotiques. Pour les pharmacies déclarant proposer un accompagnement individualisé au sevrage, la prise en charge des fumeurs recouvrait en principe un entretien initial court (moins de 20 minutes) réalisé au comptoir sans prise de rendez-vous préalable et au cours duquel un test de Fagerström¹² était réalisé. La fréquence des entretiens de suivi était dépendante de celle de l'achat du traitement. Les pharmaciens interrogés ont déclaré des difficultés à l'évaluation de la motivation des fumeurs et à leur orientation systématique vers des médecins tabacologues. Toutefois, les résultats de l'évaluation ont montré qu'ils savaient conseiller les produits adaptés (forme galénique, dosage initial), démontraient une bonne connaissance des besoins et avaient adopté des discours sous forme de « petits conseils » considérés comme adaptés. Les pharmaciens formés et non formés démontraient des pratiques professionnelles similaires : ils avaient accès à de la documentation de qualité équivalente et proposaient des informations de même niveau sur le sevrage bien que les personnes formées avaient eu tendance à moins souvent orienter leur clientèle vers des médecins.

Plus récemment, une étude quantitative d'Anne Dansou et ses collègues (2015) a évalué les pratiques professionnelles des pharmaciens d'officine, cette fois à l'échelle nationale (Dansou *et al.*, 2015). Les entretiens, d'une durée moyenne de 5 à 10 minutes, comprennent dans plus de la moitié des cas un test de Fagerström (≈ 54 %) et sont majoritairement réalisés au comptoir, ce qui constitue un frein potentiel au recours à ces services du fait du manque de confidentialité. Seuls 4,5 % des pharmaciens interrogés utilisaient un lieu dédié. Les traitements délivrés en officine sont le plus souvent des patchs (85,7 %), puis des traitements sous forme orale (gommes, pastilles, comprimés). Les médicaments de type varénicline n'étaient considérés comme des aides au sevrage que par un quart des professionnels interrogés. L'étude a également révélé plusieurs méconnaissances susceptibles de peser sur l'accompagnement prodigué. En effet, des idées reçues sur les contre-indications entre traitement de substitution nicotique (TSN) et certains états de santé persistent. Un quart des pharmaciens ne délivrent pas de TSN aux personnes atteintes de pathologies coronariennes alors qu'il a été démontré que leur utilisation est sans risque (Thomas, 2019). En outre, l'état de grossesse cristallise ce phénomène : la moitié ne délivraient pas de TSN

12. Le test de Fagerström vise à évaluer la dépendance physique des individus à la nicotine à partir de quelques questions (six ou deux si version simplifiée).

aux femmes enceintes et plus de 65 % d'entre eux les refusaient aux fumeuses allaitantes alors qu'ils sont recommandés avec un ajustement des modalités de prise. Enfin, il est intéressant de noter que la majorité des pharmaciens interrogés (62,4 %) considéraient que le fait d'être praticien fumeur biaise l'accompagnement réalisé.

La littérature spécialisée à destination des professionnels (Chevalier *et al.*, 2015 ; Chevalier et Nguyen, 2016) ainsi que la Haute Autorité de santé (HAS, 2014a) continuent de promouvoir des méthodes d'accompagnement et d'orientation au sevrage en officine spécifiques à certaines populations : pour les femmes enceintes, les personnes souffrant de pathologies respiratoires ou cardiaques ou d'affections de la sphère oto-rhino-laryngologique, le recours à plusieurs outils issus des thérapies cognitives et comportementales (entretien motivationnel, colonnes de Beck¹³, etc.) leur est proposé lors des entretiens en officine, en complément du test de Fagerström. Il semble donc que la promotion de l'accompagnement au sevrage par les pharmaciens se soit renforcée au fil des années et que cette mission se rapproche désormais de celle des tabacologues, ceci malgré un manque de données et d'évaluation permettant de renseigner précisément les pratiques des professionnels des officines.

L'aide à distance

L'aide à distance désigne une catégorie de services de prise en charge des addictions : « il s'agit de services interactifs, qui comprennent ou pas une intervention humaine en temps réel, destinés à fournir un soutien psychologique aux personnes motivées pour diminuer ou arrêter la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues illicites » (Nguyen Thanh et Smadja, 2016, p. 622). La majorité de la littérature traitant de l'accompagnement s'intéresse à l'efficacité des services de counseling (ou e-coaching) proposés, plutôt qu'à l'expérience qualitative que font les usagers et/ou les professionnels de ces dispositifs. Des données sur les services d'accompagnement téléphonique, sur les services accessibles en ligne et sur le phénomène de non-recours sont présentées ici.

Le support téléphonique

Le support téléphonique est un dispositif ancien qui a démontré son efficacité relative pour le sevrage tabagique. C'est également l'une des interventions recommandées par l'Organisation mondiale de la santé depuis 2003 (OMS, 2003) et par la Haute Autorité de santé en France depuis 2014 (HAS, 2014a). Une revue de littérature systématique Cochrane récente compile les résultats des essais randomisés (ou quasi randomisés) qui recouvrent la thématique du counseling téléphonique aux fumeurs, qu'ils aient choisi d'y recourir en appelant eux-mêmes ou qu'ils aient reçu un appel sans l'avoir préalablement demandé (Matkin *et al.*, 2019). Pour les personnes qui ont volontairement appelé une ligne téléphonique d'aide au sevrage, recevoir une offre de ce type augmente les perspectives d'arrêt de 7 à 10 %. Pour les personnes n'ayant pas appelé, mais ayant reçu un appel de la part d'un conseiller ou d'un professionnel de santé, les perspectives d'arrêt augmentent de 11 à 14 %. L'examen des études comparant l'efficacité du nombre d'appels de suivi reçus confirme que les personnes qui bénéficient d'appels plus nombreux (3 à 5) sont plus susceptibles d'arrêter de fumer que ceux qui ne reçoivent qu'un seul appel. Le counseling téléphonique apparaît donc comme un service qui accroît les chances de sevrage, que les individus soient engagés dans une démarche volontaire d'arrêt ou non (Matkin *et al.*, 2019)¹⁴.

En France, il existe depuis 1998 un canal téléphonique national d'accompagnement au sevrage tabagique : Tabac Info Service (TIS). Le dispositif s'est étoffé au fil des années pour proposer une plateforme en ligne et une application mobile. Plusieurs études et revues de littérature ont cherché à mesurer l'efficacité des services proposés, en particulier s'agissant du counseling (Affret *et al.*, 2020 ; Nguyen Thanh et Arwidson, 2012 ; Nguyen Thanh *et al.*, 2019). Le bilan tabac de l'OFDT relève que les appels traités par TIS et Drogues info service (mentionnant le tabac) ont baissé de 10,5 % entre 2019 et 2022 (malgré des variations à la hausse pendant les années de confinement).

13. Les colonnes de Beck désignent un outil des thérapies cognitivo-comportementales. Il s'agit d'un tableau dans lequel les personnes vont consigner leurs émotions.

14. Il est à noter qu'aucune étude française n'a été incluse parmi les 140 articles examinés.

Les téléchargements de l'application TIS avoisinent quant à eux les 300 000 en 2019 et 2022, mais connaissent d'importantes fluctuations en 2020 et 2021 (330 000 en 2020 et 250 000 en 2019) (Douchet, 2022).

Une étude qualitative australienne s'est intéressée aux expériences des fumeurs pauvres (bénéficiaires de minima sociaux) en début de parcours de sevrage tabagique qui ont recours à un service téléphonique d'accompagnement à l'arrêt (Boland et al., 2017). Ses résultats nuancent l'idée de l'acceptation sociale du tabac parmi ces populations qui ont internalisé un stigmate associé à leur tabagisme et démontrent qu'une expérience négative d'accompagnement peut le renforcer. Des travaux s'intéressent d'ailleurs à la manière dont la perception individuelle des stigmates associés à leur condition sociale participe à modeler et à renforcer les comportements tabagiques et les résistances des jeunes adultes à l'idée de sevrage (Hefler et Carter, 2019). Les participants à l'enquête de Boland et ses collègues (2017) ont exprimé des sentiments de honte et de culpabilité relatifs à leurs comportements tabagiques, ainsi qu'une perception du regard réprobateur de la société sur le statut de fumeurs. Le croisement entre la désapprobation qu'ils portent sur leurs propres pratiques tabagiques et celle qu'ils perçoivent au moment où ils ont recours à un accompagnement pour leur sevrage s'incarne dans un sentiment de honte accentué lorsqu'ils doivent révéler leur addiction à une personne extérieure, ici dans le cadre du recours à l'aide téléphonique. La honte ressentie est expliquée selon plusieurs types de justifications : le fait d'avoir réalisé des tentatives de sevrage non réussies, la croyance dans un échec à contrôler leur addiction et/ou à solliciter de l'aide, un sentiment de dépendance fort (être « esclave » de la nicotine) et la croyance dans l'idée que tenter d'arrêter est vain du fait de l'ancrage profond du tabagisme au sein de leur environnement social. En outre, l'échec au sevrage sous traitement nourrit la perception que la nicotine est un produit extrêmement addictogène dont il serait impossible de se sevrer. Parmi les éléments qui renforçaient le sentiment de honte et le stigmate associé à l'échec du sevrage pour les enquêtés, on retrouve également le recours contrarié à l'accompagnement téléphonique. En effet, les échanges ont pu être perçus comme contre-productifs et condescendants par les participants. Les principales justifications à la perception négative de l'accompagnement téléphonique étaient : le sentiment de se sentir surveillé ou jugé, l'accentuation de la pression au succès et/ou la non-adhésion aux stratégies proposées par les conseillers. Par ailleurs, ne pas appeler la ligne ou ne pas annoncer à son entourage qu'ils tentaient d'arrêter de fumer participait également d'une stratégie d'évitement de la honte. Réciproquement, l'usage du téléphone mobile comme outil d'accompagnement à l'arrêt bénéficiait de représentations relativement positives. Les participants exprimaient le besoin d'accompagnement alternatif aux lignes d'écoute téléphonique et étaient réceptifs à un accompagnement au sevrage fondé sur un outil technologique via des SMS ou des applications. L'idée est celle d'un accompagnement interactif, individualisé et adapté à chaque phase du sevrage (messages plus nombreux au début par exemple). L'accompagnement par SMS était perçu plus positivement que l'accompagnement téléphonique : perception d'un meilleur contrôle sur son accompagnement, possibilité d'un accompagnement total (24h/24 et 7j/7) et possibilité de le cacher à son entourage. Le contenu des messages était également perçu plus positivement s'il prenait la forme de suggestions, de rappels pour le traitement et d'affirmations positives (progrès, économies réalisées, nombre de jours d'arrêt). Les informations sur les risques tabagiques étaient quant à elles perçues négativement, comme déjà connues et culpabilisantes. Par ailleurs, une partie des participants à l'enquête de Morphett *et al.* avaient également eu recours à Quitline (Morphett *et al.*, 2015). Ils ont considéré que le counseling téléphonique reçu avait été inutile (les informations transmises sont déjà connues) et impersonnel et exprimaient une préférence pour le soutien reçu de leur entourage. Les représentations de l'aide téléphonique étaient généralement négatives et beaucoup ne s'estimaient pas enclins à parler de leur tabagisme (« weren't talkers »).

L'aide en ligne (sites internet, applications mobiles, groupes d'entraide)

La littérature internationale a montré la faisabilité, l'acceptabilité et la probable efficacité des interventions d'accompagnement au sevrage tabagique utilisant Internet et en particulier les réseaux sociaux tels que Facebook ou Twitter (Naslund *et al.*, 2017 ; Shahab et McEwen, 2009). D'autres études s'intéressent à la manière dont les technologies numériques peuvent être intégrées à des interventions préexistantes (Munafo, 2017). Les groupes virtuels d'entraide constituent une modalité supplémentaire d'aide au sevrage tabagique. En France, le groupe privé Facebook « Je ne fume

plus » (JNFP) connaît une popularité croissante depuis sa création en 2011 et compte plus de 22 000 membres en 2022. Le groupe a pour objectifs principaux l'information et l'organisation d'échanges entre des personnes concernées par le sevrage. Il est fréquenté majoritairement par des personnes au début de leur trajectoire de sortie et modéré bénévolement par plusieurs dizaines de membres dont certains ont le statut de patients experts. JNFP est majoritairement fréquenté par des femmes francophones (70 %), entre 35 et 55 ans, aux parcours tabagiques longs (> 20 ans) et ayant déjà effectué plusieurs tentatives d'arrêt (Gaudel, 2021). Des chercheurs se sont intéressés aux publications (ou posts) relayées sur un forum d'entraide au sevrage canadien : QuitNow community (Struik *et al.*, 2022). Ils ont montré que l'engagement des individus était plus soutenu au cours du premier mois après l'inscription. Les principaux thèmes abordés étaient le succès ou les difficultés à l'arrêt, les « updates », les stratégies adoptées et le désir d'arrêt. Réciproquement, la demande de conseils et le récit sur les bénéfices à l'arrêt étaient les thèmes les moins présents. Trois registres de réponse étaient apportés aux personnes sollicitant du soutien au cours des différentes phases du sevrage tabagique : l'encouragement, les compliments ainsi que les conseils et/ou suggestions.

Le non-recours

Une étude anglaise s'est intéressée aux phénomènes de non-recours aux aides disponibles pour le sevrage tabagique parmi des fumeurs modestes ayant réalisé au moins une tentative d'arrêt infructueuse. Elle démontre que les barrières au recours sont la crainte d'être jugé, la peur de l'échec, un manque de connaissance sur ce type d'accompagnement et des représentations négatives sur les TNS (coût élevé, inefficacité, traitement médiatique négatif du Bupropion). Les préférences des enquêtés allaient vers une approche personnalisée et non jugeante de counseling combinée à une offre de traitement accessible et efficace (Roddy *et al.*, 2006).

Des conclusions similaires ont été mises en avant par une enquête française récente. Dans le cadre du déploiement d'un programme régional d'aide à l'arrêt du tabac (« Lieux d'accompagnement à la santé sans tabac – LAST »), une étude qualitative a été menée en 2021 auprès d'un groupe de fumeurs identifiés comme étant au stade de contemplation ou de préparation de leur arrêt selon le modèle de Prochaska et DiClemente (Gallopel-Morvan *et al.*, 2021). Cette enquête avait pour objectif de documenter les freins et les leviers à l'accès aux outils d'accompagnement au sevrage disponibles en France et de proposer des recommandations en faveur de dispositifs mieux adaptés. Ses résultats montrent que les participants qui connaissent l'offre disponible en ont une image positive (pertinence, efficacité), mais qu'ils n'y ont pas nécessairement recours. En effet, au-delà d'un manque d'information, plusieurs éléments constituent des obstacles à la démarche : un sentiment de méfiance (envers la cigarette électronique et en particulier vis-à-vis des médicaments) ; le coût supposé des traitements, car la majorité des participants ne connaissaient pas les modalités de remboursement des TSN ; la perception d'inefficacité des traitements et/ou de la cigarette électronique ; ainsi que la peur de créer une nouvelle dépendance.

Le sujet du recours à un professionnel de santé faisait également l'objet de représentations ambivalentes. Alors que l'accompagnement médical était connu et perçu comme efficace, peu de participants y avaient eu recours ou envisageaient de le faire. Les freins recensés sont les suivants : la distance géographique pour trouver un tabacologue (soit l'accessibilité aux soins), un niveau d'addiction perçu comme insuffisant par les personnes concernées, un sentiment de gêne et la crainte du manque d'expertise des professionnels les plus facilement accessibles.

Plusieurs recommandations ont été formulées pour le déploiement du programme et concernent l'adaptation des stratégies de communication, le renversement des représentations négatives associées à la pharmacothérapie et l'incitation au recours aux professionnels de santé (visibilisation de leur disponibilité, encouragement des soignants à être proactif pour questionner le tabagisme). La nécessité de l'inclusion des personnes concernées à la construction des dispositifs qui leur sont destinés, afin de renforcer leur acceptabilité, est une des conclusions principales de cette étude.

SORTIES DU TABAGISME ET INÉGALITÉS SOCIALES ET CULTURELLES

Un tabagisme plus important parmi les moins riches et les moins diplômés

L'Organisation mondiale de la santé, par le biais de sa commission sur les déterminants sociaux de santé, recommande d'observer les facteurs causaux associés au tabagisme tels que le contexte socioéconomique et l'exposition diversifiée aux marqueurs tabagiques (*smoking cues*) dans l'environnement spatial et social depuis 2008. L'hypothèse selon laquelle les populations les plus pauvres ont une expérience différente du marketing social du tabac en comparaison des plus riches est posée. Plusieurs théories psychosociales – théorie sociocognitive de Bandura (Bandura, 1986) ; perspective transdisciplinaire d'Unger *et al.* (Unger *et al.*, 2003) – ont ainsi mis l'accent sur le poids des variables socio-environnementales et culturelles, sur les représentations et sur l'autocontrôle des comportements tabagiques. Ces recommandations s'appuient sur des études en population générale. Les données les plus récentes du Baromètre de Santé publique France (2022) montrent notamment que le tabagisme, en plus de présenter une prévalence élevée par rapport aux autres pays du monde, est marqué par la persistance d'inégalités sociales de santé. Un bas niveau de diplôme et de revenus ainsi que le chômage restent fortement associés à la consommation de tabac (Pasquereau *et al.*, 2022). En effet, la prévalence du tabagisme parmi les personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au baccalauréat (32 %) est proche du double de celle des diplômés d'un baccalauréat ou plus (17 %). La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée par le tabagisme quotidien est celle des ouvriers, et la moins concernée est celle des cadres et professions intellectuelles supérieures (36,8 % contre 14,6 %). En outre, la prévalence tabagique baisse à mesure que le revenu augmente : de 32,3 % parmi les personnes dont le revenu correspond au tercile le plus bas, à 17 % pour le tercile le plus élevé. Enfin, pour les 18-64 ans, la prévalence du tabagisme quotidien est de 45,7 % parmi les personnes au chômage contre 26,6 % parmi les actifs occupés.

Comparer les milieux sociaux pour analyser les usages : un exemple australien

Une étude australienne s'intéressant aux contextes sociaux du tabagisme a comparé les expériences de fumeurs sydnéens de classes supérieures (aisées) à celles de fumeurs de classes populaires (Paul *et al.*, 2010). Plus précisément, son objectif était d'explorer qualitativement les expériences sociales du tabac associées à l'environnement socioéconomique des fumeurs à partir de la typologie de Poland (Poland *et al.*, 2006)¹⁵. Elle s'appuie sur des entretiens collectifs (n = 8 focus groups réunissant 4 à 8 participants) réalisés avec des fumeurs ayant tenté d'arrêter de fumer au cours des 12 mois précédant l'enquête, mais qui, après un échec, ont temporairement renoncé au sevrage. Les auteurs ont identifié que l'âge, le genre et la position socioéconomique des enquêtés constituaient les principales variables de différenciation des pratiques et des représentations associées au tabagisme. Plusieurs thématiques, telles que la réception des politiques publiques de lutte contre le tabac, les modes de consommation, la stigmatisation des fumeurs (encadré 3) et le tabagisme en contexte professionnel, y sont abordées.

Rapport aux politiques publiques antitabac

L'ensemble des enquêtés a associé le fait de fumer à un moment agréable. Cependant, pour les plus âgés, le facteur d'appréciation était moins prééminent. Ils attribuaient la diminution de leur plaisir à fumer à l'augmentation des mesures de lutte antitabac (nostalgie d'une période à laquelle fumer avait une image de sophistication, sentiment de colère et de perte de leurs droits) et étaient également

15. B. Poland et ses collègues identifient six dimensions qui permettent de nourrir la compréhension de l'influence des disparités sociospatiales sur les comportements tabagiques : le pouvoir (effets de la marginalisation et des désavantages sociaux) ; le corps (corporéité et sociabilités associées aux pratiques tabagiques) ; les schémas collectifs de consommation (acceptation sociale et possibilités économiques de fumer au sein d'un groupe) ; l'identité sociale (établir et exprimer des différences au sein de son groupe social et vis-à-vis des autres groupes) ; le désir et le plaisir associé au tabagisme ; le tabagisme comme activité sociale.

plus enclins à minimiser les risques liés au tabac sur leur santé¹⁶. Réciproquement, ces mesures antitabac étaient généralement bien acceptées par les enquêtés les plus jeunes. Les mesures d'incitation au sevrage, telles que l'augmentation du prix du paquet de cigarettes ou l'interdiction des soldes sur le tabac, étaient citées comme des facteurs pouvant influencer favorablement les fumeurs les plus aisés à arrêter, alors que ceux des classes populaires déclaraient plus volontiers qu'ils recherchaient une alternative pour se fournir du tabac moins cher ou un produit alternatif. Quelle que soit la classe sociale, les jeunes envisageaient plus fréquemment de se tourner vers les TSN. Les plus modestes rapportaient également avoir besoin d'un soutien financier pour leur arrêt.

Modalités de consommation

Les femmes âgées¹⁷ ont déclaré que leur envie de fumer était déclenchée par les effets concomitants du plaisir et de l'addiction, tandis que les hommes âgés évoquaient plutôt l'habitude et l'addiction comme moteurs de leurs pratiques. On peut également noter que le contrôle du poids était une raison régulièrement invoquée par les femmes pour justifier la poursuite de leur consommation alors qu'aucun homme ne l'a mentionné. Concernant les modalités collectives de consommation, l'influence des pairs pesait fortement sur le tabagisme des hommes. Ils évoquaient une inclinaison à fumer avec leurs amis, même lorsqu'ils n'avaient pas initialement prévu de le faire et un tabagisme plus intense en collectivité. Les enquêtés les plus aisés ont l'impression que la prévalence du tabagisme baisse dans leurs cercles sociaux et leurs communautés au fil du temps tandis que les plus modestes ne notent pas une telle tendance. En effet, ces derniers estiment que leurs groupes de pairs sont majoritairement fumeurs et que leur environnement est propice à la consommation de tabac. Parmi eux, les jeunes femmes rapportent pourtant la conscience accrue d'un stigmata associé au tabagisme. Elles apprécient de se retrouver chez elles, seules ou avec leur groupe d'amies, pour fumer sans culpabilité et sans jugement. Fumer au domicile d'amis peut par conséquent être perçu comme très agréable ou très inconfortable selon le statut tabagique des hôtes et des invités. En contexte extérieur, les fumeurs des classes populaires estiment acceptable de fumer en groupe. L'exemple du groupe de mères qui fument en attendant leur(s) enfant(s) à la sortie de l'école est régulièrement rapporté par les jeunes femmes. Les jeunes hommes mentionnent le fait de fumer comme un moyen de socialiser ou de se faire de nouvelles connaissances. Les personnes les plus aisées insistent plutôt sur l'aliénation et l'ostracisation qu'elles ressentent lorsqu'elles sont contraintes de quitter un groupe pour aller fumer. Au sein de ces groupes, les hommes plus âgés rapportent se trouver fréquemment en présence de groupes exclusivement non-fumeurs lors d'événements ou de mondanités et considèrent inenvisageable le fait de fumer lorsqu'ils sont au domicile d'autres personnes. Contrairement à leurs pairs des classes populaires, les enquêtés aisés ont une perception très négative des fumeurs observés en extérieur. Ils déclarent par exemple trouver incongru le fait de fumer en marchant.

Une incorporation du stigmata

Si les représentations sur les fumeurs rapportées par les participants démontrent que le phénomène de stigmatisation est général, il semblait particulièrement prégnant au sein des groupes aisés. Ces derniers percevaient ainsi le tabagisme comme insensé et honteux. Les jeunes femmes rapportaient ressentir de la honte et de l'embarras face à leur tabagisme. Pour elles, acheter des cigarettes était considéré comme un signe de piètre autocontrôle, d'une mauvaise hygiène de vie et d'imprudence, un sentiment partagé par les hommes les plus âgés. Les jeunes hommes aisés ont indiqué qu'avec l'âge, ils avaient arrêté de considérer le tabac comme « cool ». Leur rapport au corps en était affecté. Ils ont notamment déclaré ressentir de la gêne en sentant une odeur de cigarette sur eux en présence d'une femme non fumeuse. Les femmes plus âgées ont mis l'accent sur le besoin d'être une fumeuse « clean » : ne pas fumer en intérieur, à proximité d'autres personnes ou en voiture, ne pas posséder de cendriers. Fumer devait rester une activité cachée qui n'a pas d'effets sur les autres aspects de leur vie.

16. La relation entre la minimisation des risques liés à la consommation de tabac ou le scepticisme vis-à-vis de tels risques et la faiblesse des motivations à l'arrêt a été démontrée, en particulier pour les fumeurs âgés et parmi les groupes de fumeurs les plus pauvres : bénéficiaires de minimas sociaux vivant dans des quartiers populaires et/ou fréquentant des services d'aide sociale (Borland *et al.*, 2009 ; Guillaumier *et al.*, 2016 ; Oakes *et al.*, 2004).

17. Les classes d'âges ne sont pas précisées par les auteurs.

Le stigmatisme associé au tabagisme

En France, l'image de la cigarette semble avoir longtemps bénéficié d'un contexte socioculturel favorable (représentations de la figure de l'intellectuel, tradition ouvrière). Une enquête quantitative sur les représentations que les non-fumeurs associent aux personnes fumeuses a néanmoins démontré l'existence d'un haut niveau de condamnation morale et de rejet en direction de ce public : la majorité des non-fumeurs interrogés (n = 3 091) ne souhaitent pas entrer en relation romantique avec des fumeurs, ne leur confieraient pas leurs enfants ou encore ne leur offrirait pas d'emploi (Peretti-Watel et al., 2014). L'enquête montre également que la stigmatisation des fumeurs émane le plus fréquemment de personnes ayant un faible niveau de diplôme et de ressources financières alors même que ces groupes sont les plus concernés par le tabagisme. Les personnes abstinentes (alcool, tabac) et les personnes âgées interrogées étaient aussi plus susceptibles porter un jugement moral négatif sur les personnes fumeuses. D'autres chercheurs proposent de nuancer le discours sur la stigmatisation des fumeurs et de mettre en avant les risques ou les contextes de stigmatisation : ils plaident pour le développement d'enquêtes empiriques sur la notion et sur les perceptions de stigmatisation ainsi que pour l'évaluation des effets potentiellement stigmatisants des interventions qui visent à encourager le sevrage tabagique (Saetta et al., 2020, p. 476).

Environnement professionnel

Alors que l'ensemble des jeunes hommes trouvaient que porter sur soi une odeur de cigarette faisait mauvaise impression dans le monde du travail, les environnements professionnels des personnes modestes interrogées se sont avérés plus propices au tabagisme. Les jeunes femmes interrogées travaillaient majoritairement au sein de bureaux ou dans la vente, et rapportaient une absence d'incitation au sevrage tabagique au travail, des pauses cigarette régulières avec des collègues au cours de la journée et parfois même des sessions de consommation en remplacement de la pause déjeuner. Les hommes qui exerçaient un travail à l'extérieur, particulièrement les plus âgés, rapportaient une consommation fréquente et non contrainte de tabac sur leur lieu de travail. De manière générale, pour les jeunes hommes ayant un emploi de bureau, les représentations négatives associées au tabagisme en contexte professionnel sont fortes. Le tabagisme est critiqué par leurs collègues et leur hiérarchie comme représentant une atteinte à l'image personnelle (pour soi comme pour les clients). Les jeunes femmes aisées ont déclaré recevoir des commentaires encourageant le sevrage de la part de collègues, voire même des incitations financières de leurs employeurs pour arrêter.

Dans le contexte français, plusieurs travaux expliquent l'existence d'un lien entre l'expérience de la précarité et un rapport au temps spécifique qui influe sur les trajectoires de sortie du tabac (Merson et Perriot, 2011). Merson et Perriot (2011) s'appuient sur les déclarations de patients suivis pour sevrage tabagique en contexte hospitalier. Leurs résultats démontrent que les personnes précaires fument différemment que les autres participants : leur tabagisme est plus précoce et plus intense, il est marqué par un fort niveau de dépendance à la nicotine et leur décision d'arrêt intervient plus souvent pour des raisons financières. Leur taux de réussite au sevrage s'avère inférieur notamment en raison de leur prévalence élevée de troubles anxieux et dépressifs. À partir d'un indicateur de projection temporelle applicable aux prises de décision en matière de santé, les auteurs démontrent que les personnes précaires ont un rapport au temps – plus souvent orienté vers un « passé négatif » et un « présent fataliste » – qui entrave leur capacité de projection vers le futur, et par conséquent vers le sevrage.

Résistance ou ambivalence à l'arrêt ?

Les travaux de Peretti-Watel et ses collègues (Peretti-Watel *et al.*, 2007 ; Peretti-Watel, 2012) font référence pour leur analyse sociologique compréhensive de la persistance du tabagisme des personnes pauvres, définies comme telles selon un critère de recours aux aides sociales dans une perspective simmelienne¹⁸. Ils décrivent les représentations ambivalentes de leurs enquêtés vis-à-vis de leur propre dépendance : ils se considèrent comme des « toxicomanes » « addicts » au tabac, produit dont ils aimeraient se défaire, mais qui fait aussi leur bonheur (Peretti-Watel et Constance, 2009, p. 207-208).

18. La pauvreté est caractérisée par le recours à l'assistance (Simmel, 1908, rééd. 1998).

Constance et Peretti-Watel proposent une analyse en termes de « résistance » à l'arrêt (Constance et Peretti-Watel, 2010, p. 536) qu'ils expliquent par un faisceau d'éléments intrinsèquement liés aux trajectoires et à l'environnement de leurs enquêtés, des personnes sans emploi et/ou vivant dans des situations de grande précarité. Ils démontrent que le coût social du sevrage tabagique est prépondérant pour ces personnes qui évoluent dans un environnement où l'objet cigarette recouvre à la fois une charge émotionnelle agréable (l'opportunité de se remémorer de bons souvenirs, d'avoir des interactions), représente un don qu'il est à la fois socialement acceptable de réclamer lorsqu'on est dans le besoin et aisé de rendre selon une norme de « réciprocité différée » (contrairement à de l'argent par exemple), mais représente aussi une occupation comme une autre, voire même un plaisir perçu comme une alternative peu coûteuse aux activités de loisirs. Ils comparent ce rapport au tabagisme à l'hédonisme « de surface » théorisé par Richard Hoggart (Hoggart, 1970) qui, parmi les classes populaires, inciterait les personnes à aborder l'existence en ayant accepté les risques liés à leurs conditions matérielles et sociales d'existence, en vivant au jour le jour. Le rôle de l'initiation tabagique en contexte familial semble déterminant pour le maintien de l'addiction et les auteurs soulignent en particulier le poids du modèle paternel sur le tabagisme des fils. Une fois arrivé à l'âge adulte, leur tabagisme s'ancre dans les sociabilités liées à l'alcoolisation entre pairs. Les tentatives de sevrage, lorsqu'elles surviennent, s'accompagnent d'un retrait des espaces habituellement fréquentés tels que le bistro par exemple. Les deux sociologues défendent ainsi une acception du tabagisme comme un « fait social total » (Mauss, 2013) qui convoque une analyse à la fois physiologique, psychologique et sociologique.

Frances Thirlway plaide quant à elle pour une prise en compte de la dimension émotionnelle du sevrage (Thirlway, 2020). Elle reprend la notion bourdieusienne d'habitus clivé¹⁹, l'applique à la consommation de tabac de la working class anglaise et propose d'analyser le sevrage tabagique en tant qu'expérience symbolique liée à la mobilité sociale. À partir des résultats d'une enquête ethnographique menée au sein d'un village du nord de l'Angleterre, elle montre l'existence d'une norme sociale qui imbrique la consommation de tabac au sein des pratiques de sociabilité villageoise. Cette norme freine les tentatives de sevrage et augmente les risques de rechute du fait de la pression des pairs. Cependant, les représentations et les pratiques liées au tabac ne sont pas tout à fait homogènes. L'ascension sociale vers la classe moyenne, souvent matérialisée par le fait de quitter le village, est ressentie comme une rupture et une perte symbolique par ses enquêtés. Cette ambivalence se retrouve dans les pratiques tabagiques, qu'elles appartiennent à ceux qui partent ou à ceux qui restent. Pour celles et ceux qui sont partis, elle démontre un tiraillement entre la norme de l'abstinence et celle du tabagisme qui se traduit par exemple par des pratiques tabagiques cachées. Elle montre que, pour les personnes souhaitant arrêter et celles qui ont rechuté, le sevrage est rendu particulièrement difficile par l'attachement émotionnel et symbolique à des pratiques de classes et à des pratiques familiales. Par exemple, alors qu'il a été démontré que le sevrage tabagique est considéré comme légitime en cas d'affection de santé importante au sein des classes populaires, les femmes âgées souffrant de maladies chroniques semblent avoir plus de difficultés que les autres, en particulier que les hommes, à mettre en œuvre un arrêt. F. Thirlway propose deux explications à ce phénomène particulier (Thirlway, 2020) : d'une part, les rôles traditionnels de genre conduisent les femmes à moins se préoccuper de leur santé²⁰ ; d'autre part, l'entretien d'une relation de proximité émotionnelle et spatiale importante avec un parent fumeur, en particulier à une mère fumeuse, pèserait sur les pratiques tabagiques des femmes. Surtout, elle se positionne contre l'idée du tabagisme comme résistance aux normes de la classe moyenne (pas d'irrationalité, pas de culturalisme), lui préférant le terme d'ambivalence.

19. Pierre Bourdieu utilise cette notion pour décrire l'expérience des tensions qui traversent les personnes qui connaissent un changement de position sociale au cours de leur trajectoire. Il utilise un exemple autobiographique pour illustrer cette notion : « [...] le fait que la coïncidence contradictoire de l'élection dans l'aristocratie scolaire et de l'origine populaire et provinciale (j'aurais envie de dire : particulièrement provinciale) a été au principe de la constitution d'un habitus clivé, générateur de toutes sortes de contradictions et de tensions [...]. Cette ambivalence est au principe d'une double distance par rapport aux positions opposées, dominantes et dominées, dans le champ » (Bourdieu, 2001, pp. 214-215).

20. Les sciences sociales ont documenté la plus grande proximité des femmes à la culture médicale et le fait qu'elles soient traditionnellement en charge du soin pour les membres de leur famille. Cependant si cette socialisation genrée au soin (care) les dispose à agir pour les autres, cela ne signifie pas qu'elles fassent de même pour elles-mêmes. Leurs manières d'agir sur leurs pratiques, leurs symptômes ou encore la temporalité sous laquelle elles réagissent à une pathologie en sont affectées. Voir le chapitre « Des inégalités de classe et de genre : la production sociale de la santé » (Darmon, 2021, pp. 59-88).

Espaces populaires et cohésion sociale

Au cours des années 2000, plusieurs études qualitatives menées au sein de communautés socialement désavantagées dans différentes villes du Royaume-Uni (Glasgow, Édimbourg, Nottingham) ont montré qu'un environnement pauvre en ressources et anxigène, des normes communautaires fortes, un isolement de normes sociales plus larges et des opportunités limitées pour le répit ou les loisirs encourageaient le tabagisme et participaient à décourager ou à mettre en échec les tentatives de sevrage tabagique (Caggiula *et al.*, 2001 ; Roddy *et al.*, 2006 ; Stead *et al.*, 2001 ; Wiltshire *et al.*, 2003). Plusieurs études qui se sont ensuite attachées à évaluer l'influence des comportements tabagiques de l'environnement social sur le sevrage et la rechute (Christakis et Fowler, 2008 ; Moore *et al.*, 2014 ; Zhou *et al.*, 2009) aboutissent à des conclusions similaires. Le sevrage tabagique est plus probable au sein de quartiers qui comptent une majorité de non-fumeurs, les comportements sociaux ayant une dimension mimétique qui s'appliquent aux pratiques tabagiques (Blok *et al.*, 2013). En 2017, une étude néerlandaise a cependant démontré l'importance, au-delà de l'environnement social, du type de lien social entretenu avec l'entourage dans ces jeux d'influence (Blok *et al.*, 2017). Ainsi, alors que le tabagisme des personnes vivant sous le même toit, comme celui des amis, est un facteur fortement associé tant au sevrage tabagique qu'à la rechute, le tabagisme des membres de la famille vivant hors du foyer ne l'est pas. Par ailleurs, les pratiques tabagiques de l'entourage amical ont une influence importante pour les fumeurs au tabagisme modéré à intense (11 cigarettes/jour et plus) alors que c'est le tabagisme des membres du foyer qui importe le plus pour les fumeurs légers ou occasionnels (entre 1 et 10 cigarettes/jour).

Les résultats de plusieurs études relativement récentes qui ont cherché à mesurer l'influence des relations de voisinage sur les pratiques tabagiques permettent également de nuancer les analyses précédentes. S'éloignant des indicateurs socioéconomiques habituellement utilisés pour mesurer le poids de l'environnement social sur les pratiques en santé, une étude menée aux États-Unis (Denney *et al.*, 2022) a construit plusieurs indicateurs de cohésion sociale (échanges avec les voisins, danger perçu) tant au sein des lieux de résidence que dans les quartiers au sein desquels les individus interrogés évoluent quotidiennement pour leur travail ou leurs loisirs. Ces résultats indiquent que le danger ressenti influence très fortement le tabagisme : les adultes déclarant une perception élevée des dangers au sein de leur environnement sont deux fois plus susceptibles de fumer lorsqu'ils résident dans des espaces caractérisés par des niveaux faibles d'organisation sociale (entraide, confiance, soutien). Une autre étude psychosociale s'intéressant au poids de la cohésion sociale, définie comme « le niveau de confiance et de proximité auto-évalué, ce qui inclut la perception d'appartenance à la communauté, le partage de valeurs communes et la disponibilité de ses voisins pour une aide ponctuelle »²¹, sur les expériences de sevrage tabagique d'adultes noirs (« *Black* ») au Texas (États-Unis) suggère qu'un haut niveau de relations interpersonnelles participe à faciliter le sevrage tabagique pour ce public. Plus précisément, le soutien social perçu et les affects positifs favorisent l'abstinence. Il est ainsi probable que le sentiment d'avoir un voisinage de confiance ait pour conséquence une perception plus élevée de sécurité qui affecte positivement les dynamiques psychosociales individuelles et collectives parmi lesquelles le sevrage tabagique (Reitzel *et al.*, 2013). D'autres études ont démontré des résultats similaires dans des contextes différents, notamment dans des quartiers populaires mexicains (Fleischer *et al.*, 2015) ou au sein de communautés brésiliennes à Boston (Holmes et Marcelli, 2014) : la cohésion sociale permettrait là encore des taux d'abstinence et de sevrage plus élevés ainsi qu'un moindre niveau de rechute.

En 2015, une revue de la littérature systématique sur le sevrage ciblé en direction des personnes aux ressources socioéconomiques faibles dénonçait la croissance du nombre des enquêtes, mais une baisse de leur robustesse (Courtney *et al.*, 2015). R. Guignard, dans une revue portant, cette fois, sur les interventions en direction de ce public, explique que les données disponibles indiquent que la majorité des interventions efficaces pour le sevrage tabagique participe, de manière ambivalente, à accroître les inégalités de santé. En effet, leurs effets sont les plus visibles sur les comportements tabagiques des populations les plus dotées et moindres pour les fumeurs les plus pauvres (Guignard *et al.*, 2018). À partir d'une synthèse des actions susceptibles de toucher ces derniers de manière

21. Traduction de l'auteure de : « Social cohesion refers to the self-reported trust and connectedness between neighbors, including perceptions of community belonging, shared community values, and the availability of aid from neighbors » (Reitzel *et al.*, 2013).

efficace, il met particulièrement en avant les interventions de proximité (services implantés au niveau local, mobilité des services) et la participation active des personnes concernées à la construction des dispositifs qui les concernent.

Le sevrage de publics très vulnérables

Les femmes enceintes

Aucune enquête qualitative en sciences sociales documentant précisément l'expérience de sevrage tabagique au cours de la grossesse n'a été identifiée lors du travail réalisé pour cette revue de littérature. Cependant, de nombreuses données sont disponibles sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes fumeuses ou en cours de sevrage tabagique. Plusieurs revues systématiques de littérature internationale (Dochez et Diguisto, 2020 ; Lange *et al.*, 2018 ; Riaz *et al.*, 2018 ; Schneider *et al.*, 2010) ainsi qu'une revue narrative (Havard *et al.*, 2022) traitant au moins pour partie de l'arrêt du tabac au cours de la grossesse ont été publiées depuis 2010. Ces revues identifient plusieurs facteurs significativement associés au sevrage tabagique au cours de la grossesse que sont :

- avoir un statut socioéconomique favorisé : niveau de diplôme élevé, possession d'une assurance ou d'une complémentaire santé ;
- bénéficier d'un suivi spécifique pour sa grossesse : planifier un accouchement à l'étranger, être primipare, planifier un allaitement, recevoir des soins prénataux adaptés ;
- avoir un statut conjugal stable : vivre en couple ou être mariée ;
- présenter un niveau d'exposition au tabac et à l'alcool restreint : partenaire non fumeur, faible consommation de tabac avant la grossesse (moins de 10 cigarettes/jour), faible ancienneté de la carrière tabagique, faible exposition au tabagisme passif, abstinence face à l'alcool ;
- présenter un état moral et psychologique stable : absence de dépression, faible niveau de stress au cours de la grossesse ;

Le fait d'être multipare, d'avoir un niveau d'études inférieur au lycée, d'être étudiante ou femme au foyer, ou d'avoir des revenus inférieurs à 1 500 euros mensuels était associé à une réduction tabagique plutôt qu'à un arrêt.

La prévalence du tabagisme pendant la grossesse à l'échelle internationale est évaluée à 1,7 % et s'élève à 8,1 % en Europe. La France se situe au-dessus de ces estimations avec une prévalence de tabagisme actif estimée à 19,7 % (Lange *et al.*, 2018)..

Deux études longitudinales anglaises ont comparé un groupe de femmes enceintes récemment sevrées à un groupe de femmes enceintes ayant continué à fumer au cours de la grossesse (Cruvinel *et al.*, 2022 ; Orton *et al.*, 2014). Elles ont démontré que les futures mères fumeuses étaient le plus souvent d'origine socioéconomique modeste, étaient plus jeunes (moins de 20 ans) et avaient un niveau de diplôme moins élevé que les non-fumeuses. Les femmes enceintes qui ont continué à fumer étaient plus souvent au chômage et plus nombreuses à rapporter être en difficultés financières que celles qui réussissent à arrêter de fumer en début de grossesse (Cruvinel *et al.*, 2022 ; Dochez et Diguisto, 2020).

Pour le cas français, le Baromètre 2017 de Santé publique France indique également que la prévalence du tabagisme actif au cours de la grossesse décroît en fonction de l'âge des futures mères : 25 % chez les 18-24 ans, 15 % chez les 25-34 ans et seulement 6,3 % pour les femmes de plus de 34 ans (Pasquereau *et al.*, 2019). Une tendance similaire est applicable pour le niveau d'études : 23,7 % des femmes enceintes n'ayant pas le baccalauréat déclaraient fumer contre 5,9 % pour celles ayant fait des études supérieures. Les données de l'enquête nationale périnatale (Cinelli *et al.*, 2022) permettent d'affiner ces observations : 27,1 % des femmes interrogées ont déclaré être fumeuses un an avant le début de leur grossesse et 12,2 % (contre 16,6 % en 2016) l'étaient toujours au troisième trimestre de grossesse. Cette tendance à la baisse pourrait être expliquée par les mesures mises en œuvre par les plans nationaux de lutte contre le tabagisme et par l'attention accrue apportée au suivi tabacologique au cours de la grossesse. En effet, près de 92 % des femmes

enceintes ont rapporté avoir été interrogées sur leur consommation de tabac par un professionnel de santé en 2021 (contre 79,8 % en 2016). En termes d'offre de soins, près de 88 % des maternités françaises proposaient l'accès à une consultation en tabacologie, une tendance en augmentation. Interrogées sur leurs motivations, les femmes participantes à l'enquête nationale périnatale (2021) qui avaient déclaré une diminution ou un arrêt du tabac au cours de la grossesse invoquaient : la santé de l'enfant à naître (pour 99,3 % d'entre elles) ; leur propre santé (55,9 %) ; les conseils de l'entourage (26,9 %) et le prix du tabac pour 26,5 %.

Des cas de vulnérabilités spécifiques : troubles psychiques, migrations et discriminations

Enjeux de l'arrêt en cas de pathologie psychiatrique

La prévalence tabagique est plus élevée parmi les personnes atteintes de pathologies psychiatriques qu'en population générale : la dépression, les troubles bipolaires, les troubles anxieux et la schizophrénie sont les pathologies pour lesquelles la consommation est la plus étudiée (Khodja, 2022 ; RESPADD, 2020, pp. 13-15). Or, si le sevrage permet généralement d'améliorer la santé mentale, la revue Cochrane a montré l'existence de données probantes sur le rôle de l'arrêt dans la réduction de l'anxiété, de la dépression ainsi que dans la réduction du stress (Taylor *et al.*, 2021), l'expérience qui y est associée s'avère plus difficile pour les personnes atteintes de troubles psychiques. Par exemple, les quelques études qui se sont intéressées aux conséquences des troubles d'anxiété sociale sur les expériences de sevrage suggèrent qu'en cas de sevrage spontané, le fait de souffrir d'anxiété sociale augmente la probabilité de faire l'expérience de symptômes indésirables du sevrage, accroît l'intensité de ces symptômes ainsi que la probabilité de reprise tabagique (Buckner *et al.*, 2016). Réciproquement, la diminution des symptômes anxieux augmente la probabilité de succès (Bakhshaie *et al.*, 2018). Cette propension à l'échec du sevrage est également élevée en cas de prise de traitement pour partie en raison d'une insensibilité à la pharmacothérapie (Piper *et al.*, 2011).

Une première étude qualitative française a alerté sur la réticence des soignants à encourager le sevrage tabagique des patients admis au sein d'unités psychiatriques hospitalières et sur la nécessité de formuler des mesures adaptées pour la lutte antitabac (Bouvet, 2007). Plus récemment, un projet de recherche interventionnelle a étudié les représentations sociales associées au tabagisme des personnes atteintes de troubles psychiques en interrogeant à la fois des personnes concernées et des soignants impliqués dans leur prise en charge : psychiatres, psychologues et infirmiers (n = 10 patients dont 8 avaient déjà essayé d'arrêter de fumer, n = 9 professionnels) (Ketterer *et al.*, 2022). Ces résultats démontrent que le tabagisme est encore symboliquement et structurellement ancré dans le quotidien des services de psychiatrie. L'hôpital psychiatrique est perçu comme un espace propice au tabagisme parce que son quotidien est organisé autour de nombreux temps creux ou de latence, souvent passés en isolement. De plus, la cigarette et le café sont deux produits associés à la figure du patient psy. Par ailleurs, l'objet constitue le support d'interactions spécifiques entre patients et soignants ou entre patients : monnaie d'échange, mode de gestion de la discipline sur un modèle punition-récompense, voire sociabilités entre patients et infirmiers. En conséquence, alors même que le sevrage tabagique est une préoccupation pour les patients – aussi identifiée dans la thèse de M. Khodja (Khodja, 2022) – cette thématique constitue une priorité négligeable pour les professionnels interrogés qui expriment pour certains l'inévitabilité de l'échec des tentatives de sevrage ou encore le fait que ce type de prise en charge ne relève pas de leurs fonctions. Sauf demande explicite, le patient n'est pas adressé par les psychiatres vers une consultation – malgré des risques d'interaction avec certains traitements – mais peut l'être de manière ponctuelle par le personnel soignant (infirmiers, psychologues). L'étude propose des recommandations en matière d'accompagnement à partir des entretiens réalisés avec les patients. Ces dernières mettent en avant l'adaptation des objectifs de sevrage en direction d'une réduction du tabac préférée à l'abstinence, le rôle des soignants dans l'information sur les mécanismes de l'addiction afin d'alléger la culpabilité liée à la consommation et le rôle des groupes de pairs dans l'accompagnement au sevrage tabagique

Appréhender les spécificités du sevrage des personnes racisées et/ou migrantes

En France, la réglementation statistique (loi « Informatique et libertés », art. 8-1, 1978) tend à invisibiliser les variables relatives à la « race » (Guillaumin, 1972) ou à l'ethnicité dans l'analyse

de la santé des individus²². Par ailleurs, une lecture indiciaire des données disponibles sur la santé et l'accès au soin des personnes migrantes en situation de précarité et/ou de pauvreté permet de formuler l'hypothèse selon laquelle ce groupe de population pourrait être particulièrement vulnérable au tabagisme (Lot *et al.*, 2017).

À partir des données de l'enquête TOBAMIG2 (« Accompagnement vers le sevrage tabagique chez les migrants »), L. Rives et ses collègues décrivent la façon dont l'expérience de la précarité et de la migration pèse sur les représentations, les comportements tabagiques et les stratégies de sevrage des personnes concernées (Rives *et al.*, 2021). Ils remobilisent le rapport spécifique au temps analysé par Merson et Perriot (Merson et Perriot, 2011) pour expliquer le maintien du tabagisme dans le cas des migrants. En ce sens, la précarité administrative et le traumatisme de l'exil (rupture, solitude, isolement) représentent des facteurs potentiellement aggravants des consommations et de la dépendance nicotinique. Pour une partie des migrants d'origine subsaharienne interrogés, fumer était aussi perçu comme le moyen de s'acclimater à un climat plus froid. Les auteurs observent que les enquêtés qui vivent ou fréquentent des foyers de travailleurs migrants ont la possibilité de s'approvisionner aisément en tabac « étranger », soit parce qu'il est rapporté par d'autres résidents au retour de voyage, soit parce qu'il est acheté à la sauvette. Fumer des cigarettes qui viennent du pays d'origine peut alors recouvrir une valeur affective, celle du lien avec un chez-soi. Toutefois, fumer peut également être associé à une double transgression : celle relative au devoir économique et moral envers sa charge de famille restée dans le pays d'origine et celle envers son propre corps qui constitue un capital mobilisable pour travailler.

L'enquête montre, comme dans le cas des patients psychiques, que le sevrage tabagique n'est pas considéré comme prioritaire par les médecins. Ces derniers procèdent à des choix thérapeutiques hiérarchisés en fonction des pathologies habituellement associées à ce public (maladies infectieuses, tuberculose) plutôt qu'à leurs pratiques à risque. Les médecins assurent l'orientation des patients qui leur semblent les plus familiarisés avec le système de santé et qui présentent une motivation apparente. Du côté des personnes migrantes, plusieurs freins sont relevés : un manque d'information, un accompagnement défaillant qui recouvre le plus souvent une prescription de TSN sans éducation thérapeutique associée et des réorientations fréquentes vers l'hôpital (que les médecins généralistes estiment mieux outillé pour répondre à leurs demandes). Cette multiplication des interlocuteurs participe au renoncement au sevrage.

Par ailleurs, plusieurs études étasuniennes ont exploré le poids de l'identité ethnoraciale sur la prévalence tabagique. Ces travaux ont démontré un lien entre l'expérience de discrimination raciale au début de la vie avec la probabilité accrue d'usage de substances addictives, dont le tabac, à l'âge adulte, en pointant notamment le fait que ces pratiques pourraient être mises en œuvre pour réduire le stress causé par les discriminations raciales. Le fait d'avoir une peau non blanche, compris comme une variable traduisant une vulnérabilité sociale de santé parmi d'autres ou un attribut discréditable au sens goffmanien (Goffman, 1975), pourrait être associé à une chance moindre de sevrage tabagique pour les hommes noirs (Alexander *et al.*, 2019). Le développement de travaux sur la notion de racial centrality constitue une piste intéressante pour le développement de politiques de prévention ciblée. En effet, les travaux de Haeny et ses collègues (Haeny *et al.*, 2023) ont également démontré son rôle probable pour contrer les effets négatifs des discriminations raciales sur l'usage de tabac. La racial centrality qui est définie comme une composante de l'identité raciale – « the extent to which race (e.g., identifying as Black or African American) is central to a person's identity »²³ – constituerait ainsi un prédicteur significatif de la décision de sevrage tabagique.

22 On emprunte ici à Colette Guillaumin, l'usage du qualificatif « racisé » pour désigner des personnes non blanches et dont le traitement peut s'avérer différent de celui des autres catégories de population en présence : « Corrélativement à cet emploi habituel du concept, le fait race apparaît dans les sciences humaines comme dissocié des autres phénomènes sociaux. L'aliénation, le système des classes, la minorité de l'un des sexes sont considérés comme radicalement différent du phénomène social racisme et ce à partir du présupposé de la réalité matérielle de la race. Le sens commun de ces phénomènes pourrait cependant, s'il était analysé, être fructueux pour la compréhension du mécanisme raciste. Car le traitement analogue dont relèvent les diverses catégories aliénées et opprimées (au nom d'un signe biologique irréversible, donc « racisées ») nous montre leur identité de statut dans leur rapport à la société dominante (c'est-à-dire ici racisante) » (1972, p.7).

23. La centralité raciale est mesurée par le degré d'approbation aux affirmations suivantes : « En général, être noir est une part importante de mon image », « J'ai un attachement fort aux personnes noires », « Être noir constitue un reflet important de qui je suis », « Je ressens un attachement fort à la communauté noire ».

CONCLUSION

La littérature en sciences sociales sur les sorties du tabagisme permet de documenter la diversité des modalités d'accompagnement au sevrage, ainsi que les inégalités sociales et économiques qui contraignent les expériences d'arrêt du tabac au sein des groupes les moins socialement dotés.

Alors que les stratégies de dénormalisation du tabac ont participé à légitimer le désir de sevrage tabagique pour l'ensemble des classes sociales, les arrêts effectifs sont plus largement observés dans le haut de l'échelle sociale et économique. Un large panel d'outils subventionnés (traitements nicotiques de substitution, médicaments tels que la varénicline) ou non (cigarettes électroniques) et de dispositifs d'accompagnement (ligne d'écoute, applications, campagnes nationales de type « Mois sans tabac » en France) sont disponibles dans les pays les plus riches afin de soutenir les démarches d'arrêt (OMS, 2021). Pour autant, bien que les mesures visant à accroître la prise en charge des traitements aient permis un plus haut niveau de recours, les représentations individuelles sur l'arrêt autonome (sans aide) restent fortes. La permanence de la valeur symbolique accordée à la volonté dans le processus de sevrage, de même que le défaut d'informations et/ou les représentations négatives persistantes sur les traitements (coût, effets indésirables) pèsent sur ces décisions. Cependant, arrêter de fumer n'est pas seulement une décision autonome. Le rôle de l'entourage familial et amical dans la réussite de l'arrêt est pointé par de nombreuses études présentées dans la première partie de cette revue. Les travaux qualitatifs émergents sur l'usage de la cigarette électronique démontrent, au moins partiellement, la transférabilité des représentations associées au tabac à cet outil : en termes de matérialité et d'ergonomie, de sensations de plaisir et de détente, mais aussi de perception de la dépendance et du sentiment de culpabilité qui peut y être associé.

S'agissant des professionnels de l'accompagnement au sevrage, les études renseignent les pratiques des médecins de ville et des pharmaciens d'officine auxquels est accordé un rôle grandissant dans l'orientation et le suivi des fumeurs qui expriment le désir d'arrêter le tabac. Les pratiques d'accompagnement à distance et d'e-coaching sont également évaluées à partir d'indicateurs de réussite de l'arrêt, mais peu de données sont disponibles sur les expériences des personnes qui ont recours à ces services. Les études existantes indiquent que ces services à distance sont perméables à la reproduction d'inégalités sociales dans le traitement des usagers les plus pauvres. Ces derniers expriment une préférence et une acceptabilité plus importante des services numériques (SMS, applications mobiles, réseaux sociaux) qui ne nécessitent pas d'interactions directes avec des professionnels.

Le tabagisme des populations les plus précaires fait l'objet d'une attention accrue depuis la fin des années 2000. La littérature étudiée démontre l'importance des contextes sociaux d'usage dans les choix des individus de poursuivre, limiter ou arrêter leur consommation de tabac. Les personnes socioéconomiquement les moins dotées ont internalisé le stigmatisme associé au tabagisme, mais fréquentent plus souvent que les autres des espaces au sein desquels il est toléré. Par ailleurs, leur attachement au tabac et à l'objet cigarette est plus important. Qu'il représente un plaisir aisément atteignable ou une pratique sociale ancrée dans leur groupe social, ils ont du mal à s'en défaire (« résistance » contre « ambivalence » à l'arrêt). Pour certains groupes spécifiques (migrants, chômeurs), le rapport au temps est différent et freine les orientations à la baisse ou à l'arrêt. L'attention croissante portée à l'analyse du poids des ancrages socio-environnementaux sur les pratiques tabagiques offre des résultats intéressants. Les études qui s'y intéressent proposent une analyse nuancée du processus d'incorporation des normes relatives au tabac (voire à la nicotine dans le cas des travaux sur la e-cigarette) au sein des classes populaires. Les enquêtes portant sur des groupes spécifiques (femmes enceintes, personnes atteintes de troubles psychiatriques, personnes migrantes) permettent de documenter à la fois les pratiques tabagiques et/ou de sevrage des usagers, et les pratiques d'accompagnement des professionnels. Elles mettent au jour que le personnel soignant entrave parfois les démarches de sevrage en catégorisant certains groupes comme « difficiles » à accompagner ou par manque de ressources.

Les méthodes qualitatives restent insuffisamment mobilisées dans l'étude du processus de sortie du tabagisme. Les enquêtes sociologiques disponibles sont anciennes (cf. travaux de P. Peretti-Watel et J. Constance) et restent parcellaires, en particulier s'agissant des démarches comparatives qui mettent en contraste les pratiques et les représentations des fumeurs des classes populaires et celles des fumeurs des classes les mieux dotées. En outre, les données disponibles éclairent le plus souvent les perceptions des personnes bénéficiaires de minima sociaux ou évaluent des dispositifs d'accompagnement spécifiques. L'étude Tabatraj (2022-2024) s'inscrit dans une démarche de recherche qualitative compréhensive des expériences de sorties du tabagisme qui permettra d'enrichir les travaux existants présentés dans cette revue.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Liens accessibles au 11/04/2023

- Affret A., Luc A., Baumann C., Bergman P., Le Faou A.L., Pasquereau A., Arwidson P., Alla F., Cambon L. (2020) [Effectiveness of the e-Tabac Info Service application for smoking cessation: a pragmatic randomised controlled trial](#). *BMJ Open*, Vol. 10, n° 10, art. e039515.
- AFSSAPS (2003) Les stratégies thérapeutiques médicamenteuse et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 154 p.
- Alexander A.C., Nollen N.L., Ahluwalia J.S., Hébert E.T., Businelle M.S., Kendzor D.E. (2019) [Darker skin color is associated with a lower likelihood of smoking cessation among males but not females](#). *Social Science and Medicine*, Vol. 240, art. 112562.
- Bakhshaie J., Zvolensky M.J., Langdon K.J., Leventhal A.M., Schmidt N.B. (2018) [Reduction of anxiety sensitivity in relation to nicotine withdrawal symptoms during smoking cessation: an examination among successful quitters](#). *Cognitive Behaviour Therapy*, Vol. 47, n° 4, p. 301-314.
- Bandura A. (1986) Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, Inc, 617 p.
- Becker H.S. (1985) [Outsiders : études de sociologie de la déviance](#). Paris, Métailié, 247 p.
- Benyamina A. (2016) [Modèle transthéorique du changement](#). In : Traité d'addictologie. 2^e édition, Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Dir.). Paris, Lavoisier Médecine Sciences, p. 311-314.
- Berkowitz A.D. (2004) [The social norms approach: Theory, research, and annotated bibliography](#), 47 p.
- Blok D.J., de Vlas S.J., van Empelen P., Richardus J.H., van Lenthe F.J. (2013) [Changes in smoking, sports participation and overweight: Does neighborhood prevalence matter?](#) *Health and Place*, Vol. 23, p. 33-38.
- Blok D.J., de Vlas S.J., van Empelen P., van Lenthe F.J. (2017) [The role of smoking in social networks on smoking cessation and relapse among adults: A longitudinal study](#). *Preventive Medicine*, Vol. 99, p. 105-110.
- Boland V.C., Mattick R.P., McRobbie H., Siahpush M., Courtney R.J. (2017) ["I'm not strong enough: I'm not good enough. I can't do this, I'm failing": a qualitative study of low-socioeconomic status smokers' experiences with accessing cessation support and the role for alternative technology-based support](#). *International Journal for Equity in Health*, Vol. 16, art. 196.
- Borland R., Yong H.-H., Balmford J., Fong G.T., Zanna M.P., Hastings G. (2009) [Do risk-minimizing beliefs about smoking inhibit quitting? Findings from the International Tobacco Control \(ITC\) Four-Country Survey](#). *Preventive Medicine*, Vol. 49, n° 2, p. 219-223.
- Bourdieu P. (1980) Le Sens pratique. Paris, Éditions de Minuit, coll. Le Sens commun, 480 p.
- Bourdieu P. (2001) Science de la science et réflexivité. Cours du Collège de France 2000-2001. Paris, Raisons d'agir, coll. Cours et travaux, 240 p.
- Bouvet C. (2007) [Tabagisme et psychiatrie](#). *L'Information Psychiatrique*, Vol. 83, n° 1, p. 41-47.
- Buckner J.D., Langdon K.J., Jeffries E.R., Zvolensky M.J. (2016) [Socially anxious smokers experience greater negative affect and withdrawal during self-quit attempts](#). *Addictive Behaviors*, Vol. 55, p. 46-49.
- Butler J. (2006) Gender trouble: Feminism and the subversion of identity. New York, Routledge, 272 p.

- Caggiula A.R., Donny E.C., White A.R., Chaudhri N., Booth S., Gharib M.A., Hoffman A., Perkins K.A., Sved A.F. (2001) [Cue dependency of nicotine self-administration and smoking](#). *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, Vol. 70, n° 4, p. 515-530.
- Carde E. (2021) [De quoi les inégalités sociales de santé sont-elles le nom ?](#) *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 107-115.
- Chapman S., MacKenzie R. (2010) [The global research neglect of unassisted smoking cessation: causes and consequences](#). *PLoS Medicine*, Vol. 7, n° 2, art. e1000216.
- Chevalier C., Nguyen A., Nougier I., Villéger P. (2015) [Accompagner l'arrêt du tabac](#). *Actualités Pharmaceutiques*, Vol. 54, n° 544 Suppl., p. 6-11.
- Chevalier C., Nguyen A. (2016) [Prise en charge du sevrage tabagique](#). *Actualités Pharmaceutiques*, Vol. 55, n° 560, p. 26-33.
- Christakis N.A., Fowler J.H. (2008) [The collective dynamics of smoking in a large social network](#). *New England Journal of Medicine*, Vol. 358, n° 21, p. 2249-2258.
- Cinelli H., Lelong N., Le Ray C., Demiguel V., Lebreton É., Deroyon T. (2022) [Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016](#). Santé publique France, Inserm, 297 p.
- Cogordan C., Quatremère G., Andler R., Guignard R., Richard J.-B., Nguyen-Thanh V. (2020) [Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient](#). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 68, n° 6, p. 319-326.
- Constance J., Peretti-Watel P. (2010) [La cigarette du pauvre](#). *Ethnologie française*, Vol. 40, n° 3, p. 535-542.
- Courtney R.J., Naicker S., Shakeshaft A., Clare P., Martire K.A., Mattick R.P. (2015) [Smoking cessation among low-socioeconomic status and disadvantaged population groups: A systematic review of research output](#). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 12, n° 6, p. 6403-6422.
- Cruvinel E., Richter K.P., Pollak K.I., Ellerbeck E., Nollen N.L., Gajewski B., Sullivan-Blum Z., Zhang C., Shergina E., Scheuermann T.S. (2022) [Quitting smoking before and after pregnancy: Study methods and baseline data from a prospective cohort study](#). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 19, n° 16, art. 10170.
- Dalum P., Schaalma H., Nielsen G.A., Kok G. (2008) ["I did it my way" - An explorative study of the smoking cessation process among Danish youth](#). *Patient Education and Counseling*, Vol. 73, n° 2, p. 318-324.
- Dansou A., Pousséo C., Kaniut V., Leloup A., Aubry M., Le Louarn A. (2015) [L'aide au sevrage tabagique dans les officines françaises](#). *Santé Publique*, Vol. 27, n° 2, p. 167-176.
- Darmon M. (2021) [Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC](#). Paris, La Découverte, coll. Laboratoire des sciences sociales, 326 p.
- David S., Buyck J.-F., Metten M.-A. (2021) [Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale](#). Paris, DREES, coll. Les dossiers de la DREES, n° 80, 47 p.
- Denney J.T., Sharp G., Kimbro R.T. (2022) [Community social environments and cigarette smoking](#). *SSM - Population Health*, Vol. 19, art. 101167.
- DiClemente C.C., Schlundt D., Gemmell L. (2004) [Readiness and stages of change in addiction treatment](#). *American Journal on Addictions*, Vol. 13, n° 2, p. 103-119.
- DiClemente C.C. (2005) [A premature obituary for the Transtheoretical Model: a response to West \(2005\)](#). *Addiction*, Vol. 100, n° 8, p. 1046-1048.

- Dochez V., Diguisto C. (2020) [Épidémiologie et facteurs de risque de la consommation de tabac au cours de la grossesse \(hors coaddictions\) - Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse](#). *Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie* Vol. 48, n° 7-8, p. 546-550.
- Dono J., Martin K., Bowden J., Miller C. (2022) [A population-level analysis of changes in Australian smokers' preferences for smoking cessation support over two decades - from 1998 to 2017](#). *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, Vol. 19, art. 100342.
- Douchet M.-A. (2022) [Tabagisme et arrêt du tabac en 2021](#). Paris, OFDT, 20 p.
- Douchet M.-A. (2023) [Tabagisme et arrêt du tabac en 2022](#). Paris, OFDT, 16 p.
- Fleischer N.L., Thrasher J.F., Sáenz de Miera Juárez B., Reynales-Shigematsu L.M., Arillo-Santillán E., Osman A., Siahpush M., Fong G.T. (2015) [Neighbourhood deprivation and smoking and quit behaviour among smokers in Mexico: findings from the ITC Mexico Survey](#). *Tobacco Control*, Vol. 24, n° Suppl. 3, p. iii56-iii63.
- Fontaine A., Artigas F. (2017) [Étude qualitative auprès des utilisateurs de cigarette électronique : pratiques, usages, représentations](#). *Santé Publique*, Vol. 29, n° 6, p. 793-801.
- Gallopel-Morvan K., Alla F., Bonnay-Hamon A., Brousse P., Gonneau A., Castera P. (2021) [Arrêt du tabac : une personnalisation nécessaire des programmes de sevrage](#). *Santé Publique*, Vol. 33, n° 4, p. 505-515.
- Gaudel F. (2021) [De la création et de l'utilité d'un groupe autosupport](#). *Psychotropes*, Vol. 27, n° 1-2, p. 65-76.
- Gaxie D. (1977) [Économie des partis et rétributions du militantisme](#). *Revue française de science politique*, Vol. 27, n° 1, p. 123-154.
- Goffman E. (1975) *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Éditions de Minuit, coll. Le Sens commun, 175 p.
- Guignard R., Nguyen Thanh V., Delmer O., Lenormand M.-C., Blanchoz J.-M., Arwidson P. (2018) [Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature](#). *Santé Publique*, Vol. 30, n° 1, p. 45-60.
- Guignard R., Gautier A., Andler R., Soullier N., Nguyen-Thanh V. (2021) [Tentatives d'arrêt du tabac pendant l'opération Mois sans tabac \(2016-2019\) : résultats des Baromètres santé de Santé publique France](#). *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 16, p. 284-289.
- Guillaumier A., Bonevski B., Paul C., D'Este C., Twyman L., Palazzi K., Oldmeadow C. (2016) [Self-exempting beliefs and intention to quit smoking within a socially disadvantaged Australian sample of smokers](#). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 13, n° 1, art. 118.
- Guillaumin C. (1972) [L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel](#). Institut d'études et de recherches interethniques et interculturelles, Nice, 256 p.
- Haeny A.M., Gibbons F.X., Fleischli M.E., Gerrard M., Lopez J., Beach S.R.H. (2023) [Racial centrality mediates the association between adolescent racial discrimination and adult cigarette smoking outcomes among Black Americans](#). *Social Science and Medicine*, Vol. 316, art. 115225.
- Hartmann-Boyce J., Lindson N., Butler A.R., McRobbie H., Bullen C., Begh R., Theodoulou A., Notley C., Rigotti N.A., Turner T., Fanshawe T.R., Hajek P. (2022) [Electronic cigarettes for smoking cessation](#). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 11, art. CD010216.
- HAS (2014a) [Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours](#). Saint-Denis, Haute Autorité de Santé, coll. Recommandation de bonne pratique, 60 p.
- HAS (2014b) [Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS. Questions / Réponses : Sevrage tabagique](#). Saint-Denis, Haute Autorité de Santé, 4 p.

- Havard A., Chandran J.J., Oei J.L. (2022) [Tobacco use during pregnancy](#). *Addiction*, Vol. 117, n° 6, p. 1801-1810.
- HCSP (2021) [Avis du 26 novembre 2021 relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique](#). Paris, Haut Conseil de la santé publique (HCSP), 148 p.
- Hefler M., Carter S.M. (2019) [Smoking to fit a stigmatised identity? A qualitative study of marginalised young people in Australia](#). *Health*, Vol. 23, n° 3, p. 306-324.
- Hoggart R. (1970) *La Culture du pauvre. Etude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*. Paris, Editions de Minuit, coll. Le Sens commun, 420 p.
- Holmes L.M., Marcelli E.A. (2014) [Neighborhood social cohesion and smoking among legal and unauthorized Brazilian migrants in metropolitan Boston](#). *Journal of Urban Health*, Vol. 91, n° 6, p. 1175-1188.
- INCa, Santé publique France (2023) [Baromètre cancer 2021. Attitudes et comportements des Français face au cancer](#). Boulogne-Billancourt, Institut national du cancer, 304 p.
- Jacques M., Hubert F., Laguë J. (2004) [Intégration de la dénormalisation dans la lutte antitabac au Québec : perspectives de santé publique. Avis scientifique](#). Montréal, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 84 p.
- Ketterer F., Roelandt J.-L., Chevreur K. (2022) [Le tabagisme en psychiatrie : réalités et implications pour sa prise en charge](#). *Santé Publique*, Vol. 34, n° 5, p. 643-651.
- Khodja M. (2022) [Pour une amélioration de la prise en charge du tabagisme des patients psychiatriques. Identification des forces, faiblesses, opportunités et menaces, et propositions](#). Université Grenoble Alpes, UFR Médecine (UGA UFRM), Thèse de médecine, 106 p.
- Lahire B. (1998) *L'Homme pluriel. Les ressorts de l'action*. Paris, Nathan, coll. Essais & Recherches, 271 p.
- Lange S., Probst C., Rehm J., Popova S. (2018) [National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: A systematic review and meta-analysis](#). *The Lancet Global Health*, Vol. 6, n° 7, p. E769-E776.
- Laurent E., Gaussoit L., Ingrand I., Lafay-Chebassier C. (2018) [Éclairages sociologiques sur les conditions d'arrêt et de maintien de la pratique tabagique des volontaires d'un essai clinique](#). *Psychotropes*, Vol. 24, n° 2, p. 53-71.
- Le Garrec S. (2002) *Ces ados qui «en prennent» : sociologie des consommations toxiques adolescentes*. Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 326 p.
- Le Louarn A., Gérard S. (2002) [L'aide au sevrage tabagique assurée par les pharmaciens d'Alsace](#). *Santé Publique*, Vol. 14, n° 2, p. 121-133.
- Lot F., Quelet S., Rey S., Hamers F., Verrier A. (Coord.) (2017) [La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique](#). *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 19-20, p. 371-436.
- Lucherini M., Rooke C., Amos A. (2018) [E-cigarettes, vaping and performativity in the context of tobacco denormalisation](#). *Sociology of Health and Illness*, Vol. 40, n° 6, p. 1037-1052.
- Matkin W., Ordonez-Mena J.M., Hartmann-Boyce J. (2019) [Telephone counselling for smoking cessation](#). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 5, art. CD002850.
- Mauss M. (2013 (1^{re} éd. 1950)) [Sociologie et anthropologie](#). Paris, Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 540 p.
- Merson F., Perriot J. (2011) [Précarité sociale et perception du temps. impact sur le sevrage tabagique](#). *Santé Publique*, Vol. 23, n° 5, p. 359-370.

- Mikkelsen S.S., Dalum P., Skrubbeltrang Skov-Ettrup L., Tolstrup J.S. (2015) [What characterises smokers who quit without using help? A study of users and non-users of cessation support among successful ex-smokers](#). *Tobacco Control*, Vol. 24, n° 6, p. 556-561.
- MILDT (2000) Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2000-2001). Paris, La Documentation française, coll. Rapports officiels, 226 p.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, ministère de l'Action et des Comptes publics (2018) [Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 \[PNLT\]](#), 45 p.
- Moore S., Teixeira A., Stewart S. (2014) [Effect of network social capital on the chances of smoking relapse: A two-year follow-up study of urban-dwelling adults](#). *American Journal of Public Health*, Vol. 104, n° 12, p. e72-e76.
- Morphett K., Partridge B., Gartner C., Carter A., Hall W. (2015) [Why don't smokers want help to quit? A qualitative study of smokers' attitudes towards assisted vs. Unassisted quitting](#). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 12, n° 6, p. 6591-6607.
- Munafo M. (2017) [How can technology support smoking cessation interventions?](#) *Nicotine and Tobacco Research*, Vol. 19, n° 3, p. 271-272.
- Naslund J.A., Kim S.J., Aschbrenner K.A., McCulloch L.J., Brunette M.F., Dallery J., Bartels S.J., Marsch L.A. (2017) [Systematic review of social media interventions for smoking cessation](#). *Addictive Behaviors*, Vol. 73, p. 81-93.
- Nguyen Thanh V., Arwidson P. (2012) Aide à l'arrêt du tabac par téléphone. Efficacité et organisation. *Alcoologie et Addictologie*, Vol. 34, n° 3, p. 223-230.
- Nguyen Thanh V., Smadja O. (2016) [Arrêt du tabac à distance](#). In : Traité d'addictologie. 2^e édition, Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Dir.). Paris, Lavoisier Médecine Sciences, p. 622-626.
- Nguyen Thanh V., Guignard R., Lancrenon S., Bertrand C., Delva C., Berlin I., Pasquereau A., Arwidson P. (2019) [Effectiveness of a fully automated internet-based smoking cessation program: A randomized controlled trial \(STAMP\)](#). *Nicotine and Tobacco Research*, Vol. 21, n° 2, p. 163-172.
- Notley C., Ward E., Dawkins L., Holland R. (2021) [User pathways of e-cigarette use to support long term tobacco smoking relapse prevention: a qualitative analysis](#). *Addiction*, Vol. 116, n° 3, p. 596-605.
- Oakes W., Chapman S., Borland R., Balmford J., Trotter L. (2004) ["Bulletproof skeptics in life's jungle": Which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting?](#) *Preventive Medicine*, Vol. 39, n° 4, p. 776-782.
- Obradovic I., Taiclet A.-F. (2017) [Évolution comparée des politiques de régulation du tabac en Europe et aux États-Unis](#). *Psychotropes*, Vol. 23, n° 3, p. 81-103.
- OFDT (2022) [Drogues et addictions, chiffres clés](#). Paris, OFDT, 8 p.
- OFDT (2023) [Les drogues à 17 ans. Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022](#). *Tendances*, OFDT, n° 155, 8 p.
- OMS (2003) [Convention-cadre de l'OMS du 21 mai 2003 pour la lutte antitabac \(CCLAT\). Article 14](#). Genève, Organisation mondiale de la santé, 45 p.
- OMS (2021) [Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2021. Les produits nouveaux et émergents](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 210 p.
- Orton S., Bowker K., Cooper S., Naughton F., Ussher M., Pickett K.E., Leonardi-Bee J., Sutton S., Dhalwani N.N., Coleman T. (2014) [Longitudinal cohort survey of women's smoking behaviour and attitudes in pregnancy: study methods and baseline data](#). *BMJ Open*, Vol. 4, n° 5, art. e004915.

- Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Richard J.-B., Arwidson P., Nguyen Thanh V., Groupe Baromètre santé 2017 (2018) [La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017](#). *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 14-15, p. 265-273.
- Pasquereau A., Guignard R., Andler R., Verrier F., Pourchez J., Richard J.-B., Nguyen-Thanh V., Groupe Baromètre de Santé publique France (2019) [Baromètre de Santé publique France 2017. Usage de la cigarette électronique, tabagisme et opinions des 18-75 ans](#). Saint-Maurice, Santé publique France, 17 p.
- Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Gautier A., Soullier N., Richard J.-B., Beck F., Nguyen Thanh V. (2022) [Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France](#). *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 26, p. 470-480.
- Paul C.L., Ross S., Bryant J., Hill W., Bonevski B., Keevy N. (2010) [The social context of smoking: A qualitative study comparing smokers of high versus low socioeconomic position](#). *BMC Public Health*, Vol. 10, art. 211, doi : 10.1186/1471-2458-10-211.
- Pedersen L. (2019) Expertises et addictions. Les trajectoires de « sortie » à l'épreuve des savoirs professionnels et expérientiels. Paris, L'Harmattan, coll. Conception et dynamique des organisations - Publi-Thèses, 316 p.
- Peretti-Watel P., Beck F., Legleye S. (2007) [Les Usages sociaux des drogues](#). Paris, Presses Universitaires de France, 240 p.
- Peretti-Watel P., Constance J. (2009) [Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention ?](#) *Déviante et Société*, Vol. 33, n° 2, p. 205-219.
- Peretti-Watel P. (2012) La Cigarette du pauvre. Enquêtes auprès des fumeurs en situation précaire. Rennes, Presses de l'EHESP, 139 p.
- Peretti-Watel P., Legleye S., Guignard R., Beck F. (2014) [Cigarette smoking as a stigma: Evidence from France](#). *International Journal of Drug Policy*, Vol. 25, n° 2, p. 282-290.
- Pilnick A., Coleman T. (2006) [Death, depression and 'defensive expansion': Closing down smoking as an issue for discussion in GP consultations](#). *Social Science and Medicine*, Vol. 62, n° 10, p. 2500-2512.
- Piper M.E., Cook J.W., Schlam T.R., Jorenby D.E., Baker T.B. (2011) [Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment: Relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment](#). *Addiction*, Vol. 106, n° 2, p. 418-427.
- Poland B., Frohlich K., Haines R.J., Mykhalovskiy E., Rock M., Sparks R. (2006) [The social context of smoking: The next frontier in tobacco control?](#) *Tobacco Control*, Vol. 15, n° 1, p. 59-63.
- Poland B.D. (2000) [The 'considerate' smoker in public space: the micro-politics and political economy of 'doing the right thing'](#). *Health and Place*, Vol. 6, n° 1, p. 1-14.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1982) [Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change](#). *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 19, n° 3, p. 276-288.
- Reitzel L.R., Kendzor D.E., Castro Y., Cao Y., Businelle M.S., Mazas C.A., Cofta-Woerpel L., Li Y., Cinciripini P.M., Ahluwalia J.S., Wetter D.W. (2013) [The relation between social cohesion and smoking cessation among Black smokers, and the potential role of psychosocial mediators](#). *Annals of Behavioral Medicine*, Vol. 45, n° 2, p. 249-257.
- RESPADD (2020) [Tabagisme et santé mentale. Ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire](#). Paris, Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions, 50 p.
- Riaz M., Lewis S., Naughton F., Ussher M. (2018) [Predictors of smoking cessation during pregnancy: A systematic review and meta-analysis](#). *Addiction*, Vol. 113, n° 4, p. 610-622.

- Rives L., Brossier M., Simon P., Ducarroz S. (2021) [Immigration et précarité : la cigarette des lendemains incertains](#). *Migrations Société*, n° 184, p. 161-179.
- Roddy E., Antoniak M., Britton J., Molyneux A., Lewis S. (2006) [Barriers and motivators to gaining access to smoking cessation services amongst deprived smokers - A qualitative study](#). *BMC Health Services Research*, Vol. 6, art. 147, doi : 10.1186/1472-6963-6-147.
- Saetta S., Kivits J., Frohlich K., Minary L. (2020) [Stigmatisation et santé publique : le côté obscur des interventions antitabac](#). *Santé Publique*, Vol. 32, n° 5-6, p. 473-478.
- Schneider S., Huy C., Schütz J., Diehl K. (2010) [Smoking cessation during pregnancy: A systematic literature review](#). *Drug and Alcohol Review*, Vol. 29, n° 1, p. 81-90.
- Shahab L., McEwen A. (2009) [Online support for smoking cessation: A systematic review of the literature](#). *Addiction*, Vol. 104, n° 11, p. 1792-1804.
- Simmel G. (1998 (1^{re} éd. 1908)) *Les Pauvres*. Paris, Presses universitaires de France, coll. Quadrige, 108 p.
- Smith A.L., Carter S.M., Dunlop S.M., Freeman B., Chapman S. (2015a) [The views and experiences of smokers who quit smoking unassisted. A systematic review of the qualitative evidence](#). *PLoS ONE*, Vol. 10, n° 5, art. e0127144.
- Smith A.L., Chapman S., Dunlop S.M. (2015b) [What do we know about unassisted smoking cessation in Australia? A systematic review, 2005-2012](#). *Tobacco Control*, Vol. 24, n° 1, p. 18-27.
- Smith A.L., Carter S.M., Dunlop S.M., Freeman B., Chapman S. (2017) [Measured, opportunistic, unexpected and naïve quitting: A qualitative grounded theory study of the process of quitting from the ex-smokers' perspective](#). *BMC Public Health*, Vol. 17, art. 430.
- Smith A.L., Carter S.M., Dunlop S.M., Freeman B., Chapman S. (2018) [Revealing the complexity of quitting smoking: a qualitative grounded theory study of the natural history of quitting in Australian ex-smokers](#). *Tobacco Control*, Vol. 27, n° 5, p. 568-576.
- Soulakova J.N., Crockett L.J. (2017) [Unassisted quitting and smoking cessation methods used in the United States: Analyses of 2010-2011 tobacco use supplement to the current population survey data](#). *Nicotine and Tobacco Research*, Vol. 20, n° 1, p. 30-39.
- Stead M., MacAskill S., MacKintosh A.-M., Reece J., Eadie D. (2001) ["It's as if you're locked in": Qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities](#). *Health and Place*, Vol. 7, n° 4, p. 333-343.
- Stewart C. (1999) [Investigation of cigarette smokers who quit without treatment](#). *Journal of Drug Issues*, Vol. 29, n° 1, p. 167-185.
- Struik L., Khan S., Assoiants A., Sharma R.H. (2022) [Assessment of social support and quitting smoking in an online community forum: Study involving content analysis](#). *JMIR Formative Research*, Vol. 6, n° 1, art. e34429.
- Taylor G.M., Lindson N., Farley A., Leinberger-Jabari A., Sawyer K., Te Water Naudé R., Theodoulou A., King N., Burke C., Aveyard P. (2021) [Smoking cessation for improving mental health](#). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, art. CD013522.
- Thirlway F. (2016) [Everyday tactics in local moral worlds: E-cigarette practices in a working-class area of the UK](#). *Social Science and Medicine*, Vol. 170, p. 106-113.
- Thirlway F. (2019) [Nicotine addiction as a moral problem: Barriers to e-cigarette use for smoking cessation in two working-class areas in Northern England](#). *Social Science and Medicine*, Vol. 238, art. 112498.
- Thirlway F. (2020) [Explaining the social gradient in smoking and cessation: The peril and promise of social mobility](#). *Sociology of Health and Illness*, Vol. 42, n° 3, p. 565-578.

Thomas D. (2019) [Sevrage tabagique : un défi pour les cardiologues et les pneumologues](#). *Revue des Maladies Respiratoires*, Vol. 36, n° 4, p. 527-537.

Tokle R., Pedersen W. (2019) ["Cloud chasers" and "substitutes": e-cigarettes, vaping subcultures and vaper identities](#). *Sociology of Health and Illness*, Vol. 41, n° 5, p. 917-932.

Unger J.B., Cruz T., Baezconde-Garbanati L., Shakib S., Palmer P., Johnson C.A., Shields A., Cruz J., Mock J., Edsall E., Glynn T., Gritz E. (2003) [Exploring the cultural context of tobacco use: A transdisciplinary framework](#). *Nicotine and Tobacco Research*, Vol. 5, n° Suppl. 1, p. S101-S117.

West R. (2005) [Time for a change: Putting the Transtheoretical \(Stages of Change\) Model to rest](#). *Addiction*, Vol. 100, n° 8, p. 1036-1039.

White S., Baird W. (2013) [Disadvantaged former miners' perspectives on smoking cessation: A qualitative study](#). *Health Education Journal*, Vol. 72, n° 6, p. 755-760.

Wiltshire S., Bancroft A., Parry O., Amos A. (2003) ['I came back here and started smoking again': Perceptions and experiences of quitting among disadvantaged smokers](#). *Health Education Research*, Vol. 18, n° 3, p. 292-303.

Zhou X., Nonnemaker J., Sherrill B., Gilseman A.W., Coste F., West R. (2009) [Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study](#). *Addictive Behaviors*, Vol. 34, n° 4, p. 365-373.



Observatoire français des drogues et des tendances addictives

69 rue de Varenne 75007 Paris

Tél : 01 41 62 77 16

e-mail : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

N° ISBN : 979-10-92728-73-6

Crédits photo : © dalaprod (Adobe Stock)