



UNIVERSITÉ
LUMIÈRE
LYON 2

N°d'ordre NNT : 2016LYSE2035

THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Opérée au sein de

L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 485

Éducation Psychologie Information Communication

Psychologie

Soutenue publiquement le 17 mai 2016, par :

Frédéric MERSON

Des insertions sociales au sevrage tabagique

*Une approche temporelle de l'édification
comportementale*

Devant le jury composé de :

Valérie FOINTIAT, Professeure des universités, Université de Lorraine, Présidente

Thémis APOSTOLIDIS, Professeur des universités, Université d'Aix-Marseille Rapporteur

Olivier DESRICARD, Professeur d'université, Université de Genève, Rapporteur

Nicolas FIEULAIN, Maître de conférences, Université Lumière Lyon 2, Examineur

Patrick PERETTI-WATEL, Directeur de recherche, INSERM, Examineur

Jean PERRIOT, Expert, Examineur

Marie PREAU, Professeure des universités, Université Lumière Lyon 2, Directrice de thèse

Université Lumière Lyon 2

Ecole doctorale EPIC

Institut de Psychologie

Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (EA 4163)

Des insertions sociales au sevrage tabagique

Une approche temporelle de l'édification comportementale

Frédéric MERSON

Thèse de doctorat en Psychologie

Sous la direction de Marie PREAU (Professeure des Universités)

et Nicolas FIEULAIN (Maître de Conférences)

Présentée et soutenue publiquement le 17 mai 2016

Membres du jury :

Thémis Apostolidis, Professeur, Aix Marseille Université, Rapporteur

Olivier Desrichard, Professeur, Université de Genève, Rapporteur

Nicolas Fieulain, Maître de Conférences, Université Lumière Lyon 2, Co-encadrant

Valérie Fointiat, Professeure, Université de Lorraine, Présidente du jury

Patrick Peretti-Watel, Directeur de recherche, SESSTIM U912, INSERM, Marseille

Jean Perriot, Chef de Service, Dispensaire Emile Roux, Conseil départemental du Puy-de-Dôme

Marie Préau, Professeure, Université Lumière Lyon 2, Directrice

« *Ex fumo dare lucem.* »

Quintus Horatius Flaccus

Résumé

Des insertions sociales au sevrage tabagique : une approche temporelle de l'édification comportementale

L'hypothèse traitée dans les travaux internationaux récents est celle d'un effet médiateur de la perspective temporelle entre insertions sociales et comportements de santé, en faisant ainsi un objet d'étude central dans l'analyse et la prévention des inégalités sociales de santé.

L'arrêt du tabagisme, pris comme modèle d'addiction, constitue une situation exemplaire pour analyser les freins à la mise en œuvre de comportements de santé chez les publics en situation de précarité. Le sevrage, comme d'autres comportements de réduction et/ou d'arrêt de consommation de substances addictives ne peut s'opérer sans une gestion du temps et de la temporalité du sevrage, mais cette gestion est profondément impactée par la nature de la relation que l'individu entretient avec le temps. Ce croisement des temps est considéré dans cette recherche comme déterminant dans les possibilités d'édification et de maintien des changements cognitifs et comportementaux engagés par le sevrage.

L'objectif de cette recherche est donc d'introduire les avancées récentes de la recherche en psychologie sociale sur le temps dans l'étude de la démarche de sevrage tabagique et plus particulièrement celle de publics en situation de précarité. Elle tente plus généralement de comprendre et de modéliser comment, et dans quelle mesure, la précarité et le rapport au temps peuvent influencer les résultats du sevrage tabagique. L'objectif final est de développer l'intégration des dimensions temporelles dans l'étude des mécanismes du sevrage tabagique, mais aussi plus largement d'accroître les connaissances des déterminants psychosociaux de la réussite du sevrage et ainsi d'optimiser la prise en charge des populations en situation de précarité.

Mots-clés : *Précarité, Tabagisme, Sevrage tabagique, Perspective temporelle, Autorégulation temporelle, Inégalités sociales de santé*

Abstract

From social insertions to smoking cessation: a temporal approach of behavioural edification

Recent international works deal with the hypothesis of a mediation effect of time perspective in the link between social insertions and health behaviours, making it a key factor in the analysis and prevention of social inequalities in health.

Smoking cessation, as a model of addiction, constitutes an exemplary situation to analyze the impediments in health behaviours implementation in socially deprived populations. Stopping tobacco, as well as other behaviours of reduction and/or cessation of addictive substances cannot operate without time management and the temporality of cessation, but this management is deeply impacted by one's relationship with time. This crossing of times is considered in this research as a determinant in the possibilities to edify or maintain behavioural and cognitive changes needed by the cessation.

The aim of this research is to introduce recent advances of time in social psychology in the field of smoking cessation and more precisely in socially deprived populations. It more generally attempts to understand and modelize how, and to what extent, precariousness and time perspective may influence the results of smoking cessation. The final goal is to develop the integration of temporal dimensions in the study of smoking cessation mechanisms, and to increase the knowledge about psychosocial determinants of success in order to optimize the care of socially deprived populations.

Keywords: *Precariousness, Smoking, Smoking cessation, Time perspective, Temporal self-regulation, Social inequalities in health*

Sommaire

Curriculum Vitae	8
Remerciements.....	16
Introduction	18
Tabagisme et arrêt : regards croisés des sciences humaines et sociales et de la santé publique.....	21
1. Du tabagisme à l'arrêt	21
1.1. Origine et modes de consommation	21
1.2. La lutte contre le tabagisme : répression, interdiction et prévention	25
1.3. Le tabagisme aujourd'hui	40
1.4. Synthèse.....	44
2. Les inégalités sociales de santé et du tabagisme	45
2.1. Les inégalités sociales de santé : définition et modèles.....	45
2.2. Précarité et inégalités sociales de santé	49
2.3. Les inégalités sociales de santé dans le tabagisme et l'arrêt, quel impact des situations de précarité ?.....	51
2.4. L'arrêt du tabac, de la consommation à la sortie du tabagisme.....	57
2.5. Synthèse.....	79
Précarité et tabagisme, l'intérêt d'une approche temporelle.....	81
1. La perspective temporelle	81
1.1. Définition, composantes et fonctions	81
1.2. La régulation sociale de la perspective temporelle.....	87
1.3. Synthèse.....	94
2. Expliquer les liens entre précarité, tabagisme et perspective temporelle	94
2.1. La consommation de substances psychoactives	94
2.2. Autorégulation temporelle et ego-depletion	97
2.3. Distance temporelle et niveau d'identification.....	100
3. Problématisation.....	103
3.1. Synthèse.....	108
Méthodologie.....	110
1. Recherche quantitative	110
1.1. Quels outils pour aborder la précarité et la perspective temporelle ?.....	110
1.2. Population et méthode	125
2. Recherche qualitative	131
2.1. Description	131
2.2. Population et méthode	132

Résultats	135
1. Résultats de la partie quantitative	135
1.1. Description de la population.....	135
1.2. Validation de la ZTPI	137
1.3. Modélisation de l'édification du comportement d'arrêt	148
1.4. Statut socio-économique, précarité et conditions de vie, quel impact sur la perspective temporelle ?	154
1.5. Statut socio-économique, tabagisme et facteurs psychosociaux	160
1.6. Distances perçues de l'intention d'arrêt, des bénéfices-risques sur les niveaux d'identification	174
1.7. Le désir de contrôle, un modérateur de la perspective temporelle ?	181
1.8. Distance des bénéfices/risques associés au tabac et à l'arrêt en fonction de la perspective temporelle et du désir de contrôle	186
2. Résultats de la partie qualitative	190
2.1. Analyse thématique manuelle.....	191
2.2. Analyse lexicométrique	202
2.3. Synthèse.....	206
3. Synthèse générale des résultats	208
4. Limites de l'étude.....	211
Discussion	215
1. L'intérêt des méthodes mixtes	215
2. Perspective temporelle et autorégulation dans l'arrêt du tabagisme.....	218
2.1. Perspective temporelle et arrêt du tabagisme	218
2.2. Le rôle complémentaire de l'autorégulation.....	221
3. Les Inégalités Sociales de Santé appliquées au tabagisme	222
4. Mise en perspective de l'arrêt	226
4.1. Vers une évolution des théories sous-jacentes à la prise en charge tabacologique	226
4.2. L'implémentation d'intentions	228
4.3. Vers un cadrage de la communication.....	229
5. Perspectives futures.....	231
6. En guise de conclusion.....	233
Bibliographie.....	236
Liste des abréviations.....	275
Index des tableaux.....	277
Index des figures.....	281
Annexes.....	283
Index des annexes	283

Curriculum Vitae

Compétences

Méthodologiques et pratiques :

Recherche/action, diagnostics, interventions psychosociales et évaluations, enquêtes qualitatives et quantitatives, analyses et recherches dans différents contextes socio-économiques et culturels, techniques d'entretien, création de questionnaires, analyses statistiques (régressions, ANOVA, équations structurelles, analyses factorielles), présentation et valorisation de travaux de recherche, gestion de projets

Informatiques et statistiques :

Word, Excel, Powerpoint, Photoshop, Statview, SPSS, AMOS, Iramuteq, LimeSurvey, C, PHP, MySQL

Langues :

Anglais courant, notions d'Espagnol

Formation

2011-16 Doctorat en Psychologie Sociale au sein du GRePS (Université Lyon 2) et du Conseil Départemental du Puy-de-Dôme

Titre de la thèse : « Des insertions sociales au sevrage tabagique : une approche temporelle de l'édification comportementale » sous la direction de Marie Préau (PR) et Nicolas Fieulaine (MC).

2006-07 Master II Psychologie Sociale mention Bien (Aix-en-Provence, 13)

Mémoire portant sur une approche psychosociale des discriminations dans l'accès aux soins et aux traitements des patients CMU sous la direction de Marc Souville (MC)

2005-06 Master I Psychologie Sociale mention Bien (Aix-en-Provence, 13) : Mémoire étudiant la dynamique des représentations sociales (mention Très Bien)

2004-05 Licence Psychologie mention Assez Bien (Aix-en-Provence, 13)

2002-04 Diplôme d'Etudes Universitaires Générales de Psychologie mention Assez Bien (Aix-en-Provence, 13)

2001 Diplôme Universitaire Technologique en Informatique (Clermont-Ferrand, 63)

Spécialisations

2008-09 Diplôme Inter Universitaire de Tabacologie et aide au sevrage tabagique (Lyon, 69) ; Mémoire portant sur l'impact de la perspective temporelle et de la précarité sur le sevrage tabagique, sous la direction du Dr. Jean Perriot ; Major de promotion

Diplôme Universitaire d'Addictologie (Clermont-Ferrand, 63)

Formations doctorales

- Conduire un projet avec efficacité
- Les écrits professionnels. Techniques d'expression et de communication
- Analyses statistiques avec le logiciel R

Expérience professionnelle

Depuis 2010 Psychologue social au Conseil Départemental du Puy-de-Dôme :

- Participation à la mise en place et à l'évaluation du projet rSa
- Développement d'un projet autour du lien social et de la solidarité sur l'arrondissement d'Ambert
- Mise en place de recherches qualitatives et quantitatives sur la thématique du tabagisme dans les populations en situation de précarité
- Soutien méthodologique et formation des acteurs dans la prise en charge et la compréhension des problématiques sociales et sanitaires
- Recherche/action dans le cadre d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient
- Communications écrites et orales de travaux de recherche au niveau national et international en psychologie sociale, tabacologie et addictologie, santé publique
- Reviewer pour les revues Santé Publique et Papers on Social Representations

2009-10 Vacataire de la Fonction Publique pour la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 au Dispensaire Emile Roux sous la direction du Dr Perriot

- Travail de recherche en collaboration avec le dispensaire Emile Roux portant sur l'impact de la perspective temporelle sur le tabagisme des fumeurs en situation précaire

2008-09 Psychologue social à l'Union Thiernoise des Mutuelles (Thiers, 63) :

- Actions de prévention pour l'arrêt du tabagisme (animation de la Journée Mondiale Sans Tabac, mise en place d'un bilan santé dans les lycées locaux...)
- Accompagnement méthodologique d'un projet de « Maison de l'Alimentation » pour les publics en précarité (étude des comportements alimentaires auprès de la population locale, animation de réunion), 4ème place au prix FNMI de l'innovation mutualiste
- Création d'actions d'éducation pour la santé pour les personnes en précarité
- Organisation et évaluation d'un forum santé auprès d'un public vieillissant

2007-08 Stage professionnalisant à EOV Thiers Mutualité (Thiers, 63) :

- Accompagnement méthodologique pour la mise en œuvre d'un projet de « Maison de l'Alimentation »
- Evaluation des actions de prévention mises en place
- Rédaction de demandes de subvention
- Développement d'un site Internet dédié à la Prévention et au bien-être

2006 Stage au Comité d'Education pour la Santé (Clermont-Ferrand, 63) :

- Création d'outils de réinsertion de détenus et de formation pour handicapés,
- Diagnostic santé de jeunes en Auvergne
- Développement d'une culture commune de santé avec les élus et professionnels
- Analyse des besoins des centres d'aide alimentaire

2004-06 Stage au laboratoire de Psychologie Sociale d'Aix en Provence (13) :

- Mise en place et passation d'expériences sur la thématique des Représentations Sociales

Enseignement

Depuis 2012 Enseignement portant sur les Inégalités Sociales de Santé dans le Master « Education Thérapeutique du Patient », Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand – Université d'Auvergne.

Autres expériences professionnelles

2002 Informaticien au collège/lycée Mabillon à Sedan (08) :

- Formation des élèves et professeurs à l'outil informatique
- Gestion d'un parc de 40 machines, maintenance réseau
- Programmation d'un site Internet et d'un logiciel de gestion de notes

2001 Analyste programmeur dans la société de services UNILOG (Villeurbanne, 69) :

- Maintenance, programmation, documentation de logiciels embarqués (ALSTOM)
- Relation avec la clientèle

Loisirs

- Pratique de la course à pied en club
- Musique, pratique de la guitare classique
- Photographie argentique et numérique, procédés anciens
- Voyages

Publications

- Merson, F.**, Perriot, J. (soumis). Prise en compte de la dimension sanitaire dans le travail social. Une expérience menée par le Conseil départemental du Puy-de-Dôme. *Santé Publique*.
- Perriot, J., Doly-Kuchcik, L., **Merson, F.** (2015). Le tabagisme : un mauvais choix pour la santé ! In: A. Borgne, N. Bonnet (Eds.). *Parcours de soins du patient tabagique. Le Concours Médical*.
- Underner, M., Perriot, J., **Merson, F.**, Peiffer, G., Meurice, JC. (2015). Influence du tabagisme sur la qualité de vie des patients atteints de cancer bronchique. *Revue des Maladies Respiratoires*, 32(6) : 586-598.
- Merson, F.**, Perriot, J., Underner, M. (2015). Le sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité : état des lieux et propositions d'optimisation. *Revue Médicale de Liège*, 70(1) : 44-48.
- Merson, F.**, Perriot, J., Underner, M., Peiffer, G., Fieulaine, N. (2014). Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale. *Revue des Maladies Respiratoires*, 31(10) : 916-936. doi : 10.1016/j.rmr.2013.12.004
- Perriot, J., Mathern, G., André, E., Schmitt, A., **Merson, F.**, Brousse, G., Underner, G. (2013). Le sevrage tabagique des fumeurs très dépendants. *Revue Médicale de Liège*, 68(5-6) : 256-61.
- Merson, F.**, Guillon, C., Arvers, P., Underner, M., Perriot, J. (2012). Modification de la perspective temporelle par la précarité, quels effets sur le sevrage tabagique ? *Revue Médicale de Liège*, 67(10) : 536-42.
- Merson, F.**, Perriot, J. (2012) Impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique. *La Presse Médicale*, 41(2) : e43-e51.
- Perriot, J., Underner, M., **Merson, F.**, De Chazeron, I. (2012). Le sevrage tabagique des sujets âgés. Quelle prise en charge ? *Repères en Gériatrie*, 14(117).
- Merson, F.**, Perriot, J. (2011). Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique. *Santé Publique*, 23(5).

Communications orales

- Merson, F.,** Perriot, J. (2015). Tabagisme et risques psychosociaux chez le sujet âgé. 9^{ème} *Congrès de la Société Francophone de Tabacologie*, Toulouse, 5 et 6 novembre.
- Merson, F.,** Fieulaine, N., Perriot, J., Préau, M. (2015). De la précarité au sevrage tabagique : modélisation de l'édification du comportement d'arrêt. 9^{ème} *Congrès de la Société Francophone de Tabacologie*, Toulouse, 5 et 6 novembre.
- Merson, F.,** Perriot, J., Fieulaine, N., Préau, M. (2014). Pourquoi les fumeurs en situation de précarité fument plus et arrêtent moins : Résultats de l'enquête ESTAP (Etudier le Sevrage Tabagique par une Approche Psychosociale). 8^{ème} *Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Paris, 6 et 7 novembre.
- Merson, F.,** Fieulaine, N., Préau, M., Perriot, J. (2014). Can perceived instability in life be considered as a mediator in the link between socioeconomic status and time perspective? 2nd *International Conference on Time Perspective*, Varsovie (Pologne), 29 juillet au 1er Août.
- Merson, F.** (2014). Sevrage tabagique de la femme enceinte en situation de précarité sociale, *Journée scientifique Mat'ab – Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie*. Lyon, 12 juin.
- Merson, F.,** Fieulaine, N., Préau, M., Perriot, J. (2013). Etudier le Sevrage Tabagique par une Approche Psychosociale (ESTAP) : rôle des insertions sociales et du rapport au temps dans le sevrage tabagique, 7^{ème} *Congrès de la Société Française de Tabacologie*. Clermont-Ferrand, 24 et 25 octobre.
- Marchandise, F., Perriot, J., Doly-Kuchcik, L., **Merson, F.** (2013). Impact d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient sur le sevrage tabagique. 7^{ème} *Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Clermont-Ferrand, 24 et 25 octobre.
- Doly-Kuchcik, L., Perriot, J., **Merson, F.,** Lemaire, P., Schmitt, A., Brousse, G. (2013). Sevrage tabagique et Schizophrénie. 7^{ème} *Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Clermont-Ferrand, 24 et 25 octobre.
- Marchandise, F., Perriot, J., Doly-Kuchcik, L., **Merson, F.** (2013). Impact d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient BPCO sur le sevrage tabagique, 7^{ème} *Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Clermont-Ferrand, 24 et 25 octobre.
- Merson, F.** (2013). De la prise en compte de la santé dans le travail social. *Colloque « Santé Mentale »*, Issoire, 19 Avril.
- Merson, F.** (2013). Rôle de la temporalité dans la construction des risques liés au tabagisme. 6^{ème} *Journée de Réflexion du GRePS*, Lyon, 8 Avril.
- Merson, F.,** Perriot, J. (2012). Smoking cessation and socioeconomic deprivation: does time perspective play a role? 1st *International Conference on Time Perspective*, Coimbra (Portugal), 5-8 Septembre.
- Merson, F.,** Perriot, J. (2012). Précarité sociale et vulnérabilité médicale, aspects conceptuels et prise en charge. *Colloque Précarité en Milieu Rural, Université d'Auvergne*, Clermont-Ferrand, 21 Juin.
- Merson, F.** (2012). Diagnostic et expérience subjective de la maladie. 5^{ème} *Journée de Réflexion du GRePS*, Lyon, 26 Avril.

- Merson, F.** (2012). Prise en charge des fumeurs en situation de précarité. *20èmes Journées du GEST*, Paris, 12-13 Janvier.
- Merson, F., Perriot, J.** (2011). Sevrage tabagique et précarité en centre spécialisé de tabacologie. 5ème *Congrès National de la Société Française de Tabacologie*, Nancy, 17-18 Novembre.

Communications écrites

- Perriot, J., **Merson, F.**, Canton, S., Doly-Kuchcik, L. (2016). Etude de la prévalence du tabagisme chez les patients atteints de tuberculose maladie et chez les sujets contacts inclus dans l'enquête de dépistage. *20^{ème} Congrès de Pneumologie en Langue Française*, Lille, 29 au 31 janvier.
- Merson, F.**, Perriot, J., (2016). Tabagisme et arrêt dans une population de bénéficiaires du rSa. *20^{ème} Congrès de Pneumologie en Langue Française*, Lille, 29 au 31 janvier.
- Merson, F.**, Perriot, J., Doly Kuchcik, L., Canton, S., Lemaire, P., Marchandise, P., Plazenet, N. (2015). Tabagisme et conséquences induites dans une population de bénéficiaires du rSa. *9^{ème} Congrès de la Société Francophone de Tabacologie*, Toulouse, 5 et 6 novembre.
- Croizet, A., Perriot, J., **Merson, F.** Aublet-Cuvelier, B., Lemaire, P. (2015). Sevrage tabagique des sujets âgés. Etude rétrospective sur 181 fumeurs âgés pris en charge en centre de tabacologie. *9^{ème} Congrès de la Société Francophone de Tabacologie*, Toulouse, 5 et 6 novembre.
- Perriot, J., Schmitt, A., Lemaire, P., De Magalhaes, E., **Merson, F.**, Doly-Kuchcik, L. (2015). Prise en charge des utilisateurs persistants de substituts nicotiniques d'absorption buccale et de cigarettes électroniques après sevrage tabagique. *9^{ème} Congrès de la Société Francophone de Tabacologie*, Toulouse, 5 et 6 novembre.
- Merson, F.**, Perriot, J. (2015). Prise en compte de la dimension sanitaire dans le travail social: Une expérience menée par le Conseil départemental du Puy-de-Dôme. *Colloque Santé et Société*, Toulouse, 11 au 13 mai 2015.
- Merson, F.**, Perriot, J. (2014). Le sevrage tabagique de la femme enceinte précaire. *8^{ème} Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Paris, 6 et 7 novembre.
- Merson, F.**, Perriot, J., Fieulaine, N., Préau, M. (2014). Une enquête nationale dans les centres de tabacologie : quels centres, quels fumeurs, quels objectifs ? *8^{ème} Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Paris, 6 et 7 novembre.
- Marchandise, F., Doly-Kuchcik, L., **Merson, F.**, Selimi, G., Perriot, J. (2014). Intérêt d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient sur le sevrage tabagique de patients atteints de BPCO. *8^{ème} Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Paris, 6 et 7 novembre.
- Merson, F.**, Fieulaine, N., Préau, M., Perriot, J. (2013). Les niveaux de construit : interprétation du gradient social lié à l'arrêt du tabagisme, *7^{ème} Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Clermont-Ferrand, 24 et 25 octobre.
- Perriot, J., Doly-Kuchcik, L., Lemaire, P., Laime, D., Vieillemaringe, H., **Merson, F.**, Rude-Bache, M. Martin, N., Marchandise, F. (2013). Place du Dispensaire Emile Roux dans l'organisation des soins en tabacologie en Auvergne, *7^{ème} Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Clermont-Ferrand, 24 et 25 octobre.
- Merson, F.**, Perriot, J., Doly Kuchcik, L., Canton, S., Plazenet, N. (2013). Tabagisme et pathologies associées chez les titulaires du rSa socle bénéficiant d'une orientation sociale. *7^{ème} Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Clermont-Ferrand, 24 et 25 octobre.

- Marchandise, F., Perriot, J., Doly-Kuchcik, L., **Merson, F.** (2013). Impact d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient BPCO sur le sevrage tabagique. *7ème Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Clermont-Ferrand, 24 et 25 octobre.
- Merson, F.**, Perriot, J., Doly Kuchcik, L., Canton, S., Plazenet, N., Lemaire, P. (2013). Tabagisme et pathologies associées chez les personnes participant à une activité d'insertion professionnelle. *7ème Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Clermont-Ferrand, 24 et 25 octobre.
- Ducher, J.L., Pignide, M., Monier, J., Lemaire, P., **Merson, F.**, Perriot, J. (2013). Comportements et cognitions face au tabac chez 700 lycéens et collégiens, *7ème Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Clermont-Ferrand, 24 et 25 octobre.
- Merson, F.**, Perriot, J. (2012). Analyse textuelle du champix® dans un corpus d'articles de presse. *6ème Congrès National de la Société Française de Tabacologie*, Paris, Novembre.
- Merson, F.**, Perriot, J. (2010). Distorsion de la perception du temps chez les fumeurs en situation de précarité et pronostic du sevrage. *4ème Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Paris, Novembre.
- Merson, F.**, Perriot, J. (2010). Influence de la précarité sur le résultat du sevrage tabagique en centre spécialisé de tabacologie. *4ème Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Paris, Novembre.
- Merson, F.**, Perriot, J. & Lemaire, P. (2009). Impact de la perspective temporelle dans le sevrage tabagique des personnes en situation de précarité. *3ème Congrès de la Société Française de Tabacologie*, Brest, Novembre.

Remerciements

Les trajectoires de vie sont marquées de rencontres, qu'elles soient personnelles ou professionnelles. Moments d'une vie, elles participent à façonner notre être. Elles nous conduisent sur des chemins parfois sinueux, dans le clair-obscur de notre âme.

Cette thèse ne fait pas exception. Entre quête de connaissance, envie ou revanche personnelles, elle est née dans la rencontre. J'apprécie à leur juste valeur l'investissement et la confiance qui m'ont été et me sont accordés au quotidien, les soutiens proches ou distants que je sais exister. Il m'est difficile de citer toutes ces personnes pour les remercier mais quoi qu'il en soit je pense à eux et ils sont avec moi.

Comme un retour aux sources, en mes directeurs de thèse à l'université Lyon 2, je retrouve une partie de mon passé aixois marqué de bons souvenirs. Je tiens à remercier Marie Préau et Nicolas Fieulaine pour leur accompagnement tout au long de ces années, leur soutien, la confiance qu'ils m'accordent, leurs conseils théoriques, méthodologiques et m'avoir fait partager leur goût de la recherche.

Je tiens à remercier Jean Perriot pour son implication corps et âme dans la réussite de cette thèse et au-delà, mais aussi pour nos discussions me permettant, dans la complémentarité d'un regard médical et psychosocial, d'aborder la complexité des addictions. Je le remercie pour sa confiance, les challenges et opportunités auxquels il a su me confronter.

Je remercie Thémis Apostolidis, Valérie Fointiat, Olivier Desrichard et Patrick Peretti-Watel qui me font l'honneur d'avoir accepté d'évaluer ce travail et de participer à ce jury.

Cette thèse étant réalisée dans un cadre professionnel, je tiens à remercier Jean-Yves Gouttebel, Président du Conseil départemental du Puy-de-Dôme et Philippe Bernaz, Directeur Général de la Solidarité et de l'Action Sociale qui ont cru en ce projet d'approche psychosociale des comportements de santé des personnes en situation de précarité et ont permis sa mise en œuvre.

Les centres de tabacologie ont accompli un travail important qui a rendu possible le recrutement et le suivi des fumeurs souhaitant arrêter. Par le biais de leurs responsables, je remercie l'ensemble des acteurs impliqués : Catherine de Bournonville, Christine Denis-

Vatant, Patrick Dupont, Claude Guillaumin, Marie Mialou, Lan Tien Nguyen, Isabelle Pireyre, Jean Marc Plassart, Marie Jo Pojer, Rose Marie Rouquet, Corinne Vannimenus.

Je remercie les personnels de la Direction des Systèmes d'Information Conseil départemental qui ont permis l'hébergement du questionnaire en ligne de notre recherche.

J'adresse également tous mes remerciements aux membres du GRePS et aux doctorants qui pour certains ont pu contribuer à ma réflexion sur l'arrêt du tabagisme en me faisant participer à leurs expériences propres (et reprises). Je remercie l'ensemble du personnel du Dispensaire Emile Roux pour leur soutien, leur intérêt pour ce projet mais aussi leur implication dans le recrutement de la population : Christine, François, Ghania, Hugues, Iain, Karine, Ludivine, Marc, Marie-France, Marie-Hélène, Marine, Morgane, Myriam, Nathalie, Patrice, Sandra, Sophie, Sylvie.

Je remercie également les fumeurs qui ont accepté de participer à cette recherche et le temps qu'ils y ont consacré. Je leur souhaite toute la réussite pour leur(s) tentative(s) d'arrêt.

De manière plus personnelle, je tiens à remercier mes parents pour leur soutien inconditionnel durant toutes ces années, quels qu'aient été mes choix ; mon frère d'être ce qu'il est et qui participe à me mener là où je vais.

Je remercie celles et ceux qui ont fait partie de ma vie mais qui n'y appartiennent plus. Je pense à vous, vous êtes toujours présents : Anne Laure, Henriette, Bédou, Roselyne, Vincent, Julien, Marion, Madly, Carole, et toi qui aurais pu être... Celles et ceux qui sont toujours là : Sandrine, Florence, Jean-François.

Enfin, j'adresse un remerciement spécial à Katiane. Il est des rencontres qui vous changent. Un monde s'ouvre. S'ouvrir au monde. Il est des rencontres qui vous font avancer, vivre. Rencontre, s'il en est une.

Introduction

Le tabac est omniprésent autour de nous. Que l'on soit consommateur ou non, nous avons tous eu affaire à lui. Côté fumeurs, expérimenter soi-même, approuver ou désapprouver les débats législatifs encadrant sa consommation. Connaître des personnes malades ou décédées à cause d'elle. A l'opposé, nous avons tous entendu des histoires de nonagénaires ayant fumé toute leur vie mais toujours en pleine santé. Le tabac cristallise de nombreux enjeux qui se situent à l'interface de l'individu et la société.

Dans une vision très pragmatique, sa consommation représente 78 000 décès annuels en France. Un fumeur sur deux (Hill, 2012 ; Ribassin-Majed & Hill, 2015), voire deux sur trois (Banks et al., 2015) décèderont des conséquences induites. Ces données sont parlantes mais le tabagisme persiste. Sa prévalence en population générale, après une période de diminution, tend à se stabiliser voire ré-augmenter malgré un renforcement du cadre législatif et de régulières campagnes de prévention.

Notre intérêt pour cet objet éminemment social remonte à plusieurs années et notamment la validation du Diplôme Inter-universitaire de Tabacologie et Aide au Sevrage Tabagique dans un cadre professionnel. A partir de là, et dans la continuité de nos travaux de Master (Merson, 2007) et expériences professionnelles, notre intérêt s'est logiquement porté sur les populations en situation de précarité sociale (Merson, 2009). Cette recherche est issue de la mise en place d'un partenariat entre le Conseil départemental du Puy-de-Dôme et le laboratoire GRePS de l'Université Lyon 2. Elle émane ainsi d'une structure confrontée à l'expérience quotidienne de la précarité et des addictions.

L'objectif de cette thèse est de porter un regard psychosocial sur la démarche de sevrage tabagique et plus particulièrement celle des publics en situation de précarité. Elle tentera plus généralement de comprendre dans quelle mesure la précarité et surtout le rapport au temps peuvent influencer les résultats du sevrage tabagique. Son objectif réside dans le développement des connaissances des déterminants de la réussite, l'optimisation de la prise en charge des populations en situation de précarité. Il vise aussi à apporter des éléments de connaissance théoriques. Il peut en effet être postulé que l'arrêt du tabagisme, pris comme modèle d'addiction, suppose des transformations cognitives, motivationnelles et comportementales. Celles-ci ne peuvent s'opérer sans un temps suffisant, mais la nature de la

relation entre l'individu et la dimension temporelle peut tout autant affecter cette édification comportementale.

Les enjeux de cette thèse sont pluriels aux niveaux théoriques et pratiques. Elle repose sur des modèles théoriques actuels de la littérature internationale et répond à une attente des praticiens dans le domaine des addictions. Un des objectifs consiste donc à fournir de nouvelles pistes d'intervention pour la prise en charge du sevrage tabagique des personnes en situation de précarité afin de répondre aux difficultés actuelles. Ce travail de recherche est d'autant plus étayé qu'il s'inscrit dans le cadre des politiques de réduction des inégalités de santé (Loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique).

Par l'étude des comportements effectifs d'arrêt, ce travail vient pallier un manque d'études longitudinales sur les déterminants psychosociaux du sevrage tabagique. Une approche intégrative des modèles comportementaux les plus récents de la littérature couplée à une démarche qualitative apporteront des éléments théoriques nouveaux amenant une meilleure compréhension des mécanismes psychosociaux en jeu dans le domaine des addictions. Les applications ne seront pas limitées au sevrage tabagique mais elles s'étendront également à la prise en charge des freins sanitaires à l'insertion sociale des personnes en situation de précarité.

Dans un premier temps, nous positionnerons le tabagisme et la lutte contre sa consommation dans une approche historique et sociale. Les enjeux qui y sont associés ne sont pas récents et ont façonné un background participant à la mise en sens de la consommation actuelle. Nous verrons également dans cette première partie que le tabagisme est un comportement fortement marqué socialement qui participe à la pérennisation des inégalités sociales de santé. En cela, nous étudierons comment les situations de précarité sont susceptibles d'intervenir dans la différenciation sociale du tabagisme et son arrêt.

Les comportements de santé reposent généralement sur la négociation entre des coûts immédiats à leur mise en œuvre en vue d'atteindre des objectifs distants temporellement. Le rapport au temps, à travers la perspective temporelle, devient un élément central permettant de mobiliser et connecter au présent les expériences antérieures et anticipations futures. La deuxième partie consistera d'une part à présenter cette notion et sa régulation sociale afin d'évaluer si celle-ci pourrait se positionner comme un médiateur de l'adoption des comportements de santé selon les insertions sociales.

Le tabagisme et l'arrêt seront ensuite inscrits dans le modèle de l'autorégulation temporelle. Dans le cadre d'une approche explicative des mécanismes temporels sous-jacents, des liens interdisciplinaires seront établis, notamment avec les théories économiques de la santé. Cette partie consistera à problématiser les éléments précédents et appliquer ce modèle aux comportements addictifs, plus précisément au tabagisme.

Des méthodologies quantitative longitudinale, peu utilisée en psychologie sociale, et qualitative sont utilisées. Leur articulation tentera de saisir la complexité du tabagisme et de l'arrêt en les inscrivant dans le contexte social et sociétal actuel. Nous présenterons donc ces méthodes ainsi que les outils qui y sont rattachés dans notre recherche afin d'étudier cette problématique.

Les parties suivantes consisteront en l'analyse des données quantitatives et qualitatives pour en arriver à une discussion générale sur ce travail de thèse, mais aussi sur les perspectives envisagées en termes de recherche, clinique et santé publique.

Tabagisme et arrêt : regards croisés des sciences humaines et sociales et de la santé publique

1. Du tabagisme à l'arrêt

1.1. Origine et modes de consommation

La consommation de tabac date de plusieurs millénaires (Figure 1). Elle s'inscrit dans une perspective historique qu'il est intéressant de garder en mémoire pour comprendre certains enjeux qui se jouent à travers elle, notamment en termes de différenciation socio-économique.

Le tabac est souvent réduit aujourd'hui à son objet de consommation. Au fil des siècles, il s'est positionné comme un objet sociétal, source de bien-être, remède quasi miraculeux ou symbole identitaire d'émancipation sociale autant qu'à un stigmatisme morbide responsable de plus d'une centaine de maladies et de centaines de millions de décès depuis son importation.

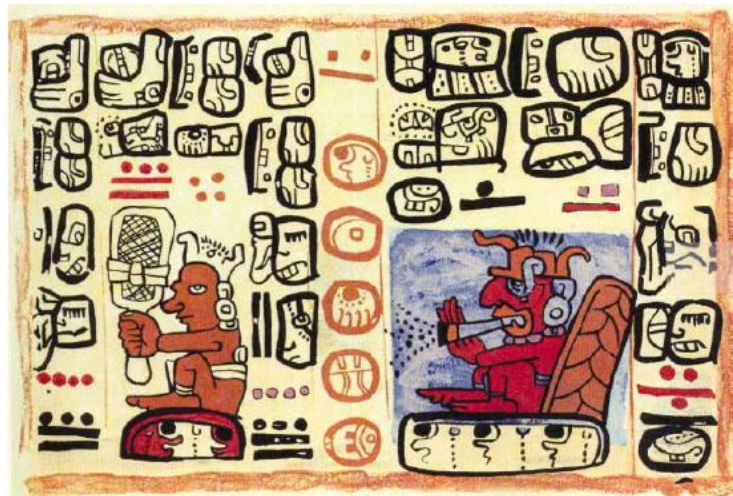


Figure 1 : Plus ancienne représentation d'un fumeur – Dieu maya (1^{er} siècle ; d'après Proctor, 2001)

1.1.1. Historiquement, un usage médical et magique

Le tabac est une plante originaire d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud (Figure 2), l'une des premières à avoir été domestiquée. La plupart des sociétés autochtones des Amériques la

fume depuis des millénaires, de nombreux objets liés à sa consommation ont été retrouvés par des archéologues dans des sépultures datant de plus de 3000 ans.

Traditionnellement, le tabac était consommé de diverses manières mais principalement fumé sous forme de cigares, chiqué pour servir de coupe-faim et soif, ou prisé (poudre de tabac inspirée). Sa consommation à l'aide d'une pipe était également fréquente en Amérique du Nord. Cette plante s'inscrivait dans la pharmacopée autochtone et servait de remède pour de nombreuses affections (Ferland, 2007).

Depuis toujours, la consommation du tabac est porteuse de sens différents à la fois médicaux et/ou chamaniques. Par exemple, les Mayas l'utilisaient en fumée pour soulager l'asthme, en application locale pour soigner les démangeaisons ou les infections de la peau, en tisane pour



Figure 2 : Plante tabac – *Nicotiana tabacum*

les problèmes intestinaux, la fièvre, les convulsions, etc. Au-delà de cette utilisation médicinale, il était souvent au centre des rites traditionnels, sa fumée servant d'offrande aux esprits. Sa consommation était principalement chamanique en tant que facilitateur de la communication avec le monde des morts. Les effets psychoactifs produits étaient dus à de fortes concentrations en nicotine en comparaison avec les cigarettes actuelles mais ils ont contribué à en faire un don des divinités. Quelle que soit la manière d'offrir le tabac, il était utilisé dans tous les événements marquant et rythmant la vie communautaire. Même sa consommation journalière restait empreinte d'un statut symbolique (Von Gernet, 1992).

Suite à son introduction en Europe, les premiers effets du tabac furent documentés par deux botanistes (L'obel & Pena, 1570 cités par Molimard, 2002). Selon eux, le tabac calme la faim et la soif. Sa fumée provoque une ivresse agréable et une sensation de calme. Elle restaure la force et rafraîchit l'esprit. Elle est efficace contre les douleurs, blessures, affections de la gorge, de la poitrine, de la fièvre, de la peste. Le tabac trouve sa place dans la médecine hippocratique, dominante lors de son introduction en Europe dans laquelle le corps est gouverné par quatre humeurs : le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire. Leur équilibre

assure la santé et leur déséquilibre provoque la maladie. La fumée contribuerait à assécher les humeurs froides et humides du corps, ouvrirait les pores et conduits évitant les obstructions. Les médecins attribuent au tabac toute une palette d'effets positifs et préconisent son usage. Il réchauffe le corps, le cerveau et l'estomac, guérit les coliques, hernies, migraines, calme les rages de dents, etc. La perception de ces effets perdure et se développe lors des épidémies en Europe où les effets désinfectants pourraient prévenir ou guérir de la peste.

1.1.2. Un usage marqué socialement

Face aux pratiques des Indiens, les Européens ont rapidement constaté que la consommation ne revêtait pas uniquement un caractère sacré ou thérapeutique mais s'inscrivait socialement. Le tabac pouvait être fumé à convenance à partir d'un certain niveau social et de préférence à l'aide d'une pipe plutôt qu'en cigare. Les marins et soldats de retour en Europe, devenus adeptes de ce produit l'ont rapporté au début du XVIème siècle. C'est dans ces groupes de métier que s'est diffusé le tabagisme au hasard de leurs déplacements. Cette nouvelle pratique culturelle s'est donc installée via les ports de la côte occidentale de l'Afrique, du pourtour méditerranéen et du littoral franco-ibérique. Suite à cela, Jean Nicot participe à l'adoption de ce comportement dans les sphères les plus aisées en faisant parvenir à Catherine de Médicis de la poudre de tabac pour traiter ses migraines. Son usage médicinal s'est rapidement développé dans les sociétés aristocratiques et bourgeoises sous les termes d'herbe à l'ambassadeur, herbe à la reine, herbe sainte... Puis son usage s'est développé dans toutes les sphères de la société. Des clubs de fumeurs apparaissent rapidement en Europe dédiés aux diverses couches sociales, par exemple dans les *gentleman's club* en Angleterre où sa consommation s'accompagne d'alcool. Le tabac trouve sa place auprès des débits d'alcool, dans les salons, tavernes ou auberges où il remplit une fonction socialisante (Goodman, 1994).

Le mode de consommation a vite été associé aux diverses classes sociales, la prise étant plutôt perçue comme un geste de bonne compagnie quand l'usage de la pipe était vil et bas (Rival, 1981), de même que fumer était associé au vulgaire car il s'agit du mode de consommation des marins et soldats. Le clergé semble avoir adopté en premier la prise comme mode de consommation. Ignorant que celui-ci est largement utilisé dans les populations amérindiennes, elle est perçue comme moins sauvage car ne s'impose pas à l'autre comme c'est le cas dans la fume. Il atteint son apogée à l'époque des Lumières en venant compléter une pratique courante dans les sociétés aisées : la prise de sternutatoires, utilisés pour s'éclaircir les idées.

Des traités sur l'art de la prise apparaissent où sont vantés les mérites du tabac comme purge cérébrale sans pour autant affaiblir la mémoire (Ferrant, 1655 cité par Ferland, 2007). Il existe ainsi de nombreuses variétés de tabacs à priser souvent teints et parfumés. Ils sont généralement mélangés à des irritants comme le gingembre, la moutarde ou le poivre pour déclencher de violents éternuements (Wyckoff, 1997). Ces tabacs sont conservés dans des tabatières richement ornées, symboles de luxe.

A la fin du XVIII^{ème} siècle, la prise est réprouvée par les dirigeants sous la Révolution. Elle perd donc du terrain dans les milieux aristocratiques. Elle est remplacée par le cigare qui deviendra le nouveau symbole du luxe et de la richesse (Ferland, 2007). Les mégots des notables sont récupérés par les moins fortunés, roulés dans du papier et seraient ainsi à l'origine de la cigarette. Au départ, les cigarettes sont fabriquées manuellement, roulées dans une feuille de maïs ou du papier journal. Vers le milieu du XIX^{ème} siècle, le processus de fabrication se mécanise, diminuant les coûts de production et favorisant son expansion. Cette nouvelle forme de consommation, appuyée par la publicité, fait exploser le tabagisme en Europe et en Amérique au XX^{ème} siècle (Nourrisson, 2000).

A partir de là, une nouvelle catégorie de fumeurs devient visible et se développe : les femmes (Ferland, 2007), fumer en public étant auparavant une manifestation sociale de virilité. Le tabac était consommé dans des lieux strictement masculins. Le même comportement de la part d'une femme était jugé négativement, d'une moralité douteuse. Corbeau (1997) note que dans plusieurs sociétés, « la levée des interdits buccaux associés au tabac et à l'alcool s'accompagne du droit de dire ce que l'on pense et ressent ». La cigarette devient ainsi un symbole de l'émancipation féminine dans les grandes villes occidentales (Rudy, 2005).

Les périodes de guerres étaient caractérisées par la pénurie, le rationnement, le marché noir et la privation. S'ensuivent donc un développement sans contrainte à partir des années 1950. La consommation nationale a fortement progressé, se banalise, poussée par une abondante publicité.

1.2. La lutte contre le tabagisme : répression, interdiction et prévention

1.2.1. Une approche historique

Les discours anti-tabac sont contemporains de son introduction en Europe. Ils s'intensifient quand le tabac devient un produit de consommation populaire, vendu, non plus chez les apothicaires mais par des débitants spécialisés. Aux XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles, les discours officiels évoluent, des mises en garde apparaissent contre le tabac, qualifié par les médecins d'herbe violente. En Angleterre des lois émanent du roi Jacques 1^{er}. Il est farouchement opposé au tabac et écrit tout un traité dans lequel il dénonce son usage et le compare au péché d'ivrognerie ou à un fléau venu du Nouveau Monde au même titre que la Syphilis (Molimard, 2002). Le tabac le faisant tousser, il finit par l'interdire en 1619. En Perse, les consommateurs de poudre à priser étaient punis par là où ils avaient péché, avaient donc le nez coupé, la récidive étant punie de mort. Le pape Urbain VIII, quant à lui, est contraint d'avoir recours à la plus grande sanction religieuse. En 1641, il excommunie tous ceux qui osent priser du tabac dans les églises.

Tout au long de l'évolution de la consommation de tabac, des discours pour ou contre s'opposent parmi les médecins, les intellectuels, l'Eglise, en faisant un objet porteur d'enjeux sociaux. A défaut de preuves scientifiques de son impact sur la santé, ses détracteurs insistent sur son rôle dans la dégradation de la morale, la créativité ou l'intelligence (numéro thématique de The Lancet, mars 1857). Les découvertes scientifiques participent à alimenter la polémique. En 1809, la nicotine, un des principes actifs du tabac est identifiée par Louis Nicolas Vauquelin qui le nomme ainsi en référence à Jean Nicot. Cet alcaloïde est soupçonné d'être à l'origine des mécanismes de dépendance. En 1821, le dictionnaire des sciences médicales recommande de limiter la consommation du fait des actions corrosives de la fumée sur les tissus. Malgré cela, certains médecins continuent d'attribuer des effets bénéfiques à la santé. Finalement, en 1877, plusieurs organismes anti-tabac dont l'Association Française contre l'Abus du Tabac voient le jour (Molimard, 2002).

Même si des discours continuaient de clamer les risques de sa consommation, l'usage du tabac n'a cessé de se banaliser à l'Après-Guerre. C'est à partir des années 1950 et une publication de Richard Doll et Bradford Hill qu'une évolution va apparaître dans la

perception des risques. La consommation de tabac devient une « conduite à risque » mais ce statut n'entravera pas sa progression.

1.2.2. Développement de la prévention et de la santé publique

La notion de risque est au cœur de la problématique du tabagisme et conduira ensuite à une approche en termes de prévention. La mise en perspective historique et sociologique de ces concepts a été réalisée par Peretti-Watel et Moatti (2009). L'origine du terme de risque remonte au XIV^{ème} siècle, directement en lien avec les assurances maritimes. Il désigne initialement tout ce qui est susceptible de mettre en péril les navires et marchandises en mer (de l'italien *risco*, du latin *resecum*, ce qui coupe). L'objectif premier relève d'une anticipation d'accidents (et non de fautes) susceptibles de se produire dans l'avenir. Il repose ainsi sur le contrôle au présent des facteurs pouvant provoquer ces accidents. Deux activités découlent logiquement de cette vision du monde : l'assurance et la prévention. La première est utilisée pour compenser les dommages d'un risque qui se réalise quand la seconde vise à réduire sa probabilité d'apparition. L'évaluation du risque se base sur l'identification des dommages futurs ou des aléas et les prévoit selon des méthodes probabilistes. Cette manière d'aborder le monde bouleverse les modes de compréhension. Par la variation des paramètres modulant le risque, il est possible d'aboutir à des conclusions et préconisations caractérisant ainsi l'épidémiologie. Les résistances sont nombreuses car cette conception est probabiliste et s'oppose à celles existant précédemment reposant sur le déterminisme. Peretti-Watel et Moatti (2009) citent l'exemple du tabac dont un risque de cancer du poumon supérieur a été établi chez les fumeurs dès les années 1920. Si ce fait statistique a été mis en évidence, il n'a pas convaincu la communauté scientifique et les autorités sanitaires car, d'une part, ce résultat n'explique pas les mécanismes par lesquels la fumée inhalée va agir sur les poumons. D'autre part, il semble impossible de comprendre pourquoi certains fumeurs vont tomber malades et pas les autres (Brandt, 1990). En cela, l'épidémiologie sert à prévoir pour prévenir (op. cit.) sans qu'il soit pour autant nécessaire de comprendre pourquoi et comment se créent les pathologies (Dab & Bard, 1997), conduisant les auteurs anglo-saxons à la baptiser *black box epidemiology*.

1.2.2.1. Gérer le risque par la responsabilisation individuelle

Cette évolution en termes de risque marque une autre forme de changement. Là où certains comportements comme le tabagisme étaient punis, les conséquences pouvant être physiques ou sociales, la prise en compte du risque introduit une dimension morale et idéologique où la santé devient un bien personnel. L'individu devient porteur d'une responsabilité, il est le maître de son destin, prévoit son avenir pour mieux le contrôler (Peretti-Watel & Moatti, 2009 ; Giddens, 1991). La société n'est plus orientée vers le passé mais se tourne vers le futur. L'individu évalue par sa projection dans le futur ses risques en s'appuyant sur les savoirs experts proposé par la prévention.

Actuellement, l'épidémiologie se centre sur la recherche de facteurs de risque individuels, principalement comportementaux. Au niveau médical, le praticien, informé des risques identifie ces facteurs, informe les individus et les incite à renoncer à ces conduites à risque. Cette approche n'est pas sans risque pour plusieurs raisons. En effet, elle omet la prise en compte des facteurs environnementaux (Peretti-Watel, 2004 ; Krieger, 2000) ou le sens social que revêtent les comportements (Peretti-Watel, 2004). Elle peut poser des problèmes méthodologiques lorsqu'elle induit des applications individuelles pour des fréquences estimées au niveau collectif (Morabia, 2011). Elle peut également conduire à stigmatiser un individu malade en le rendant responsable de sa maladie et ce, d'autant plus si elle est provoquée par ses comportements. Cela a été le cas pour l'épidémie de Sida lors des années 1980-90 (Oppenheimer, 1988, Farmer, 1992 ; Souville, 2002) et se retrouve pour le cancer du poumon chez le fumeur (Bresnahan et al., 2013 ; Mazières et al., 2015 ; Moulin, 2005).

Les liens établis statistiquement servent de guide d'action en qualifiant certaines conduites comme étant à risque. Néanmoins, même face à une multitude de chiffres, de preuves mathématiquement vérifiées, il demeure un déficit de sens pouvant conduire à des interprétations erronées. Ainsi, Smith et al. (1992) ont mis en évidence des liens statistiques entre le tabagisme et les décès par suicide ou homicide. Si ce lien est vérifié, l'interprétation montre qu'il est impossible de considérer que le tabagisme provoque le suicide et encore moins les homicides. Ces raccourcis supposent l'intervention de facteurs de confusion créant ce résultat. Les explications de ces observations sont créées par la sphère sociale mais fragilisent la crédibilité des conclusions car ces facteurs intermédiaires demeurent inconnus. Cet aspect social et environnemental est finalement un facteur primordial car il va permettre la mise en sens des données et conduire à leur interprétation. Ainsi, dans la continuité des

travaux d'Augé (1984), Moulin (2005) s'est intéressé à l'imaginaire social autour du cancer. Celui-ci est associé à la peur avec pour finalité une mauvaise mort : lente, inéluctable douloureuse et solitaire, en opposition à la belle mort qui elle, doit être rapide, discrète, propre, sans souffrance ou dégradation (Thomas, 1987, Luca Turpain, 1987, Barrau, 1993). Il est marqué aussi par un désinvestissement social et une perte des rôles familiaux, socio-professionnels pouvant conduire à son rejet ou sa stigmatisation (Herzlich, 1969). Si certains facteurs sont établis dans son apparition, son origine réelle reste une source de questionnement et d'interrogation pour les personnes atteintes et leur entourage, illustrés par Aïach et ses collaborateurs (1989) : « pourquoi moi ?! », « pourquoi maintenant ?! », « qu'est-ce que j'ai fait pour mériter ça ?! ». La maladie doit donc être expliquée, une cause doit lui être attribuée afin de faciliter la désignation d'un responsable. Le titre de l'article publié par Bresnahan et al. (2013) résume cette attribution par l'exclamation « You did it yourself! ». De la même manière que Moulin (2005), les modes de vie, comportements à risque de l'individu sont au cœur de ces attributions. Il existe une suspicion selon laquelle la personne atteinte a contribué à ce qui lui arrive, elle est tenue pour responsable, consciemment ou non. On se situe ici devant une morale sanitaire visant la proscription de comportements devenus socialement indésirables mais qui restent parfois socialement encouragés voire valorisés.

1.2.2.2. Quand le tabac est devenu une drogue

La responsabilité individuelle occupe une place importante, renforcée par les actions de santé publique et de prévention. Celles-ci mettent en contexte les conduites pour créer officiellement le risque et l'inscrivent dans un contexte à la fois sociétal et historique.

Le développement très important de la consommation de tabac dès le XVII^{ème} siècle a entraîné de forts enjeux financiers (Molimard, 2002). En 1621, Richelieu a instauré une taxe sur le tabac et a créé par la suite, en 1674 une ferme d'Etat disposant du monopole de la vente, les fraudeurs risquant la galère et plus tard, la décapitation. Celle-ci fut cédée à la Compagnie des Indes en 1720 et abolie à la Révolution. En 1811, Napoléon I^{er} crée une régie d'Etat : le Service d'Exploitation Industrielle du Tabac (SEITA) qui hérite du monopole et deviendra la SEITA par la transformation en société et adjonction des Allumettes au monopole en 1935. Service du ministère de l'Economie et des Finances, elle devient un établissement public à vocation industrielle et commerciale à partir de 1959. Par le biais de la fiscalité, le tabac participait au budget de l'Etat à hauteur de 4 à 5% dans les années 1950.

L'étude menée par Doll et Hill (1950) a mis en avant des risques associés au tabagisme et a impulsé de nombreuses recherches dans ce domaine. Entre 1962 où la première publication du

Royal College of Physicians a eu un impact au-delà de la communauté scientifique et 1971 pour un second rapport, plus de cinq mille articles dont certains en France ont mis en évidence les dangers de la consommation de tabac. Face à ce constat, en 1954 la SEITA a créé un groupe d'étude de la fumée du tabac placé sous l'égide de l'Institut National pour la Santé et la Recherche Médicale (INSERM) en vue de travailler sur les effets physiologiques de la consommation. Les applications ont ainsi permis de créer des mélanges de tabac pour produire moins de goudrons lors de la combustion. Elles concernaient aussi les procédés de préparation, la conception et l'utilisation de fournitures plus performantes, la géométrie de la cigarette qui influe sur l'inhalation (Godeau, 2009). Malgré son rattachement à l'Etat et la connaissance des effets nocifs du tabagisme, la SEITA n'a mis en place aucune prévention sur ces dangers et se retrouve dans une position délicate où le profit engendré demeure important : « *Il est du devoir d'un Monopole d'Etat d'exposer cette question en toute franchise, [même] s'il est quelque peu délicat, pour un fabricant, d'aborder la question des effets que peuvent avoir ses produits sur la santé de ceux qui les consomment. [...] Il est généralement admis qu'il existe un risque lié à l'usage du tabac, et plus spécialement des cigarettes. S'il convient de ne pas en contester l'existence, il convient aussi de ne pas l'exagérer.* » (Altadis, 1965). Des actions virent néanmoins le jour en vue de réduire les risques notamment par la fabrication de cigarettes à filtre.

Plusieurs sondages ont été menés dans les années 1970 et ont montré que les Français étaient sensibilisés au message de prévention mais sans pour autant réduire leur consommation (Godeau, 2009). Ils étaient demandeurs d'informations supplémentaires concernant la nocivité. Le marketing et les valeurs véhiculées étaient très positifs envers le tabac. Elles renvoyaient à un symbole de virilité chez l'homme, à l'émancipation chez la femme (Godeau, 2009 ; Nourrisson, 2000), à la convivialité.

1.2.3. Cadre législatif et stratégies

L'année 1976, ce qui est tardif en comparaison aux Etats-Unis ou la Grande-Bretagne, marque un changement avec l'adoption de la première loi visant à restreindre la consommation de tabac. A cette époque, un Français sur deux fume, et 46% des 12-18 ans. L'objectif de la loi Veil (Loi du 9 juillet 1976) était de limiter la consommation de tabac et mettre en application les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sans stigmatiser ou persécuter les fumeurs mais plutôt en privilégiant l'information. Ainsi, les publicités pour le tabac étaient limitées et réglementées. Dans le même temps, des mesures

préventives ont été mises en place afin d'informer les jeunes. Les fabricants étaient contraints d'imprimer des messages préventifs sur les paquets de tabac, la composition du produit et les quantités moyennes de nicotine et de goudron. Cette loi a été complétée l'année suivante (décret du 12 septembre 1977) par l'interdiction de fumer dans certains lieux à usage collectifs où cette pratique pouvait avoir des conséquences dangereuses pour la santé. Cette lutte contre le tabagisme s'est étendue à un niveau plus large dans les années 1970-80 car la Commission européenne a également mis en place un grand nombre de directives. Par opposition, ce cadrage légal a néanmoins intensifié les réponses des fabricants de tabac qui ont été obligés de s'adapter pour continuer à vendre leurs produits. Par exemple, la SEITA a dû accentuer ses efforts pour réduire la nocivité de ses cigarettes. En 1950, les cigarettes françaises avaient un taux de goudron moyen de 35mg qui a diminué à 30mg en 1960, 25mg en 1970 jusqu'à 11,5mg en 1993.

A partir des années 1970, les ventes de cigarettes dites légères ont augmenté passant de 1,6% à 29% des ventes entre 1978 et 1991. Même s'ils ne correspondaient pas à l'image du goût français du tabac brun, ils ont permis de conquérir les publics féminins et jeunes, d'autant que ces cigarettes étaient réputées (à tort) moins dangereuses pour la santé.

En 1987, Albert Hirsch, chef du service de pneumologie à l'hôpital Saint Louis à Paris remet à la ministre déléguée chargée de la Santé et de la famille un rapport sur le tabagisme (Hirsch, 1987). Les conclusions lui attribuaient plus de 53 000 décès annuels. Ce rapport, bien qu'accablant a été jugé non scientifique par la SEITA. Elle reconnaît en effet un risque pour la santé mais le caractère non-systématique du lien entre consommation et pathologies demeure l'argument principal. Cet argument sera d'ailleurs commun à l'ensemble des industriels du tabac aux Etats-Unis ou en Grande Bretagne. Ce rapport est particulièrement important pour l'image véhiculée par le tabac. Responsable d'un « désastre sanitaire et social », il est assimilé à une toxicomanie : *« L'usage du tabac évoque une dépendance toxicomaniaque. En effet le fumeur obéit à une pulsion irrésistible qui le force à persévérer dans son comportement même s'il le juge néfaste. Il s'agit donc d'une dépendance, au sens défini par l'OMS en 1975, au même titre que l'on peut être dépendant des opiacés et de l'alcool. »*

Depuis 1976 jusqu'à cette date, le Comité d'Education pour la Santé (CFES) élabore une succession de campagnes dont l'objectif est de jouer sur le registre affectif et de créer une réflexion autour des conséquences du tabac pour les fumeurs et leur entourage.

En 1979, le ministre de la Santé Jacques Barrot lance une

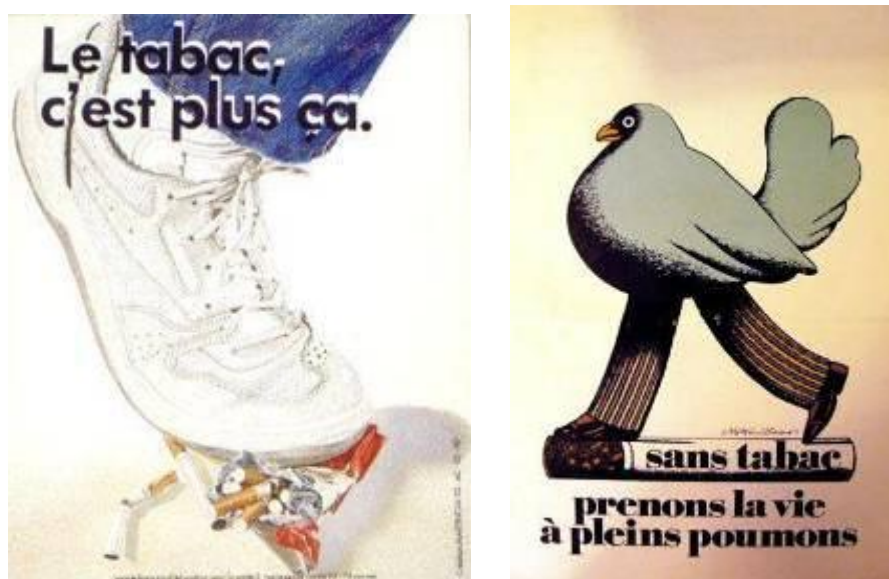


Figure 3 : Affiches des campagnes de prévention anti-tabac

campagne centrée sur les jeunes en vue d'obtenir une génération de non-fumeurs. Un million d'enfants est sensibilisé car pour lui c'est à cet âge que se prend l'habitude de fumer ou non. Cette communication centrée sur les jeunes se poursuit jusqu'en 1988 en appuyant sur deux valeurs principales : la liberté et la séduction (Figure 3). Revenant sur ces communications, Simone Veil précise leur objectif : « *Nous jouions toujours sur l'affectif. Plutôt que d'insister sur les conséquences du tabac sur la santé, nous voulions faire passer un message fort auprès des jeunes : "On n'a pas besoin de fumer pour s'amuser ni pour séduire." Ou encore : "Sport et tabac ne font pas bon ménage." Le but était de toucher les jeunes avant qu'ils aient commencé à fumer. Les publicités mettaient en scène des jeunes dans des situations où ils seraient amenés à fumer leur première cigarette. Les jeunes déclinaient alors l'invitation et écrasaient la cigarette, balayant d'un revers de la main les images valorisantes associées à la consommation de tabac. La cible que nous avons également privilégiée est celle des jeunes femmes qui à l'époque avaient tendance à fumer pour se donner une contenance : elles fumaient souvent plus que les hommes.* » (Benoit & Scale, 2008).

L'efficacité de ces premières mesures repose sur une action multi-niveaux car elles s'accompagnaient de mesures législatives et réglementaires mais aussi d'avancées sanitaires par la formation de professionnels de santé ou l'apparition de substituts nicotiniques, et des actions de terrains pérennes.

Si l'esprit de la loi Veil insistait sur l'information et la prévention, la loi Evin (1991) vient intensifier la lutte contre le tabac. Ne pas fumer doit devenir la norme et la consommation de

tabac doit être règlementée. A partir de là, la publicité directe ou indirecte pour les produits du tabac est réduite et encadrée. Elles doivent également s'accompagner de messages sanitaires. L'information des consommateurs, l'étiquetage des conditionnements et les mentions sanitaires sont renforcées. Cette loi aboutit finalement à une baisse de la consommation de 11% entre 1991 et 1997. Le tabac devient un produit socialement incorrect contre lequel la société doit lutter. Pour dénormaliser le tabac, la communication s'est attaquée aux symboles des grandes marques, notamment le cow-boy de Marlboro ou Joe Camel (Figure 4). Cette campagne a été particulièrement marquante et a fait l'objet d'un procès de la part de l'industrie du tabac. Complémentairement, à cette époque, le tabagisme passif a été pris en compte dans les politiques de santé publique. La fumée devient ainsi une véritable nuisance pour le non-fumeur. Elle agresse par l'odeur et son effet irritant mais elle est aussi susceptible d'entraîner des maladies graves. Le fumeur, en plus d'être responsable de la dégradation de son état de santé devient donc un pollueur de l'espace public.

Dans ces années, la position de l'Etat était particulièrement ambiguë. Le ministère de l'Economie et des Finances encourageait la SEITA à prospérer car les rentrées fiscales étaient particulièrement importantes. D'un autre côté, il mettait en œuvre via le ministère de la Santé des mesures visant à faire reculer la consommation dont le coût social était jugé trop élevé. Pour limiter cette position, la SEITA a été privatisée en 1995. Depuis, l'Etat s'est investi pour



FUMER,
C'EST PAS MA NATURE.

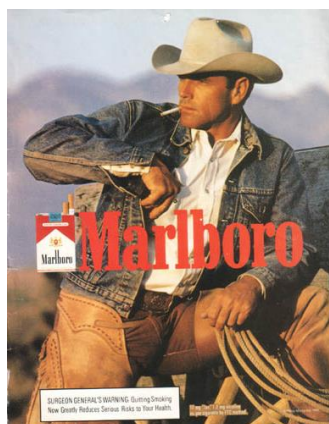


Figure 4 : Affiches des campagnes publicitaires et de prévention

devenir l'un des acteurs majeurs de la lutte contre le tabagisme. En 2003, le président Jacques Chirac allait jusqu'à déclarer « la guerre au tabac », devenue une priorité absolue même si la fiscalité prélevée la même année rapportait 11,3 milliards d'euros.

La mauvaise application de la loi Evin a permis de créer un contexte favorable à la mise en place de lois plus

dures qui ont exclu le tabac d'une partie importante de l'espace public (Godeau, 2009). Le 1^{er} février 2007, l'interdiction de fumer s'étend aux lieux fermés et couverts même s'ils ont la

possibilité d'aménager des espaces réservés sous réserve qu'ils soient distincts et ventilés hormis dans les établissements de santé ou accueillant des mineurs. Dès sa mise en œuvre, cette loi a bénéficié d'une large approbation chez les non-fumeurs et les fumeurs qui s'est même amplifiée entre 2008 et 2012 (Fong et al., 2013). Ainsi, en 2012, 94% des non-fumeurs (vs. 90% en 2008) et 88% des fumeurs (vs. 77%) y sont favorables pour les restaurants, 88% (vs. 82%) et 77% (vs. 61%) dans les bars.

Même si l'interdiction de vente aux mineurs avait été proposée mais pas retenue dans la loi Evin, elle a été instaurée en 2003 mais uniquement pour les moins de 16 ans. A cette date a également émergé l'obligation de sensibiliser les adolescents dans le cadre scolaire au risque tabagique, et l'interdiction de vendre des paquets de moins de 19 cigarettes. En juillet 2009, l'interdiction de vente s'étend à l'ensemble des mineurs et les cigarettes aromatisées sont prohibées (Lermenier, 2014). L'opinion publique est favorable à ces mesures mais leur application concrète par les buralistes n'est que faiblement respectée. Une étude menée par le Comité National de Lutte contre le Tabagisme (CNCT, 2011) met en évidence que 62% d'entre eux sont en infraction en vendant du tabac à des mineurs. Dans le même temps, les règles d'étiquetage évoluent. Les mentions « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé » doivent occuper au minimum 30% de la face externe des paquets, ainsi qu'une photographie couleur commentée sur 40% du verso. Le numéro de téléphone d'un dispositif créé en 1998 : Tabac Info Service, doit également être apposé.

1.2.3.1. Tabagisme et image, entre propagande et prévention

Depuis 2011, les paquets de tabac se sont vus apposer des images choquantes pour convaincre les fumeurs d'arrêter leur consommation. Cette méthode s'est répandue tout d'abord dans les pays anglo-saxons puis en France. La communication employée évolue donc depuis la loi de 1976 où l'objectif était de transmettre aux fumeurs une information objective. Aujourd'hui elle s'oriente non plus sur la raison mais sur l'affect, l'objectif étant de créer un dégoût de la cigarette voire du fumeur. Les travaux de Constance et Peretti-Watel (2011) se sont intéressés à ces images véhiculées dans la société, entre les publicités proposées par les cigarettiers et les modes de prévention.

L'industrie du tabac s'est très rapidement emparée des techniques de propagande et des médias pour populariser la cigarette. Elle a acquis dès 1929 une symbolique d'émancipation de la femme, de liberté par un coup médiatique d'Edward Bernays lors d'une parade annuelle se déroulant à New York (Figure 5). Des femmes élégantes, bravant l'interdiction de fumer pour elle dans les lieux publics exhibent ostensiblement des cigarettes. Elles les qualifient devant des



Figure 5 : Défilé des suffragettes - New York, 1929

journalistes préalablement informés de « *torches of freedom* ». Cette information ayant été relayée internationalement, les cigarettes sont donc devenues ainsi les flambeaux de la liberté (Baillargeon, 2000). Bernays, inventeur des « relations publiques » agissait au nom de son client Washington Hill, président de l'American Tobacco Corporation. Il a su organiser ce qu'il qualifiait de « manipulation de l'opinion en démocratie » (Bernays, 2007), manipulant les journalistes et publicitaires permettant la mise en scène de l'objet ou des événements (Baudrillard, 1996).

Dans l'après-guerre, les publicités mettent en scène des couples dynamiques au niveau de vie confortable où tous les deux fument. Le goût est vanté mais c'est la réussite sociale qui est vendue à travers ces images. La femme est émancipée car elle fume mais l'homme conserve

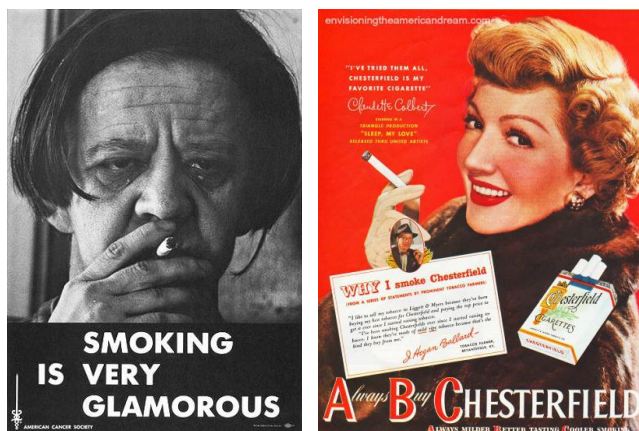


Figure 6 : Campagnes publicitaires et de prévention ciblant les femmes

malgré tout sa virilité et sa place sociale car il est en tenue de travail.

Les arguments concernant le goût n'ont que peu de sens car l'expérience de fumer n'est jamais différente. Il s'agit donc plus de vendre une image sociale. Le but de la prévention est de défaire ce qui a été construit en utilisant des techniques similaires au marketing. Quand la cigarette est promue comme rendant

l'individu séduisant et performant, la prévention renvoie le message inverse (Figure 6). L'image des actrices des années 1940 est contrée par la campagne « *Smoking is very glamorous* » de l'American Cancer Society. Il s'agit là de jouer sur l'image du corps, du regard de l'autre sur soi-même et de détourner les gens du tabac en montrant que le fumeur est repoussant (Peretti-Watel & Moatti, 2009).

Les campagnes anti-tabac s'appuient majoritairement sur les peurs autour de la mort ou la maladie, présentant de nombreux risques. Elles mettent en avant des corps malades ou en souffrance en vue de développer un sentiment de répugnance. Le dégoût est donc présent selon différentes mises en scène (Constance & Peretti-Watel, 2011).

Les dégradations visibles du corps consistent à montrer des personnes malades, des corps déformés, proches de la mort illustrant une disqualification sociale loin de la séduction proposée initialement par le marketing (Figure 7). Dans ce cas, la prévention s'expose à une mise à distance de la maladie par la présentation d'images insupportables. Pourtant, ces représentations se développent dans les campagnes en Europe, la Commission européenne ayant mis à disposition une bibliothèque d'images destinées à figurer sur les paquets de tabac.

Les dégradations invisibles suscitent de la peur. L'invisibilité d'une maladie, cachée et sournoise ne peut être découverte que par la pénétration et l'analyse du corps mort. Ce mal s'initie chez n'importe qui sans prévenir entretenant une incertitude permanente. La maladie est prête à surgir et ronge le fumeur petit à petit.

Le fumeur est donc informé des



Figure 7 : Campagne de prévention européenne – Images mises à disposition par la Commission européenne

risques et se doit de prendre les mesures nécessaires à l'évitement de ces conséquences.

Une autre technique passe par la mise en scène du fumeur et de personnes choquées par les effets du tabagisme, principalement l'odeur. Les personnes mises en scène ont généralement des mimiques de dégoût à l'encontre des fumeurs, incitant au rejet et à la mise à l'écart. Sans être malade, il est quand même disqualifié socialement. Il ne séduit plus, il n'est plus désirable.

Une dernière technique consiste à présenter les incivilités des fumeurs et leur incapacité à respecter les bonnes manières en vigueur dans la société. Ne suivant pas les règles morales,

l'individu fumeur est renvoyé au rang d'animal. Il est ainsi facilement relégué ou enfermé. Il est déshumanisé ce qui permet son exclusion.

➤ *Evaluation de l'apposition de pictogrammes*

Les recherches menées sur l'impact des messages apposés aux paquets de tabac ont débuté dans les années 1980 et se concentraient principalement sur des mises en garde textuelles (Cox et al., 1997 ; Argo & Main, 2004). Celles portant sur les images datent de 2003 (Hammond, Fong et al., 2003) suivies de nombreux autres travaux. Elles mettent en évidence une efficacité accrue des images par rapport au texte sur les réactions cognitives et émotionnelles, de même que sur les intentions comportementales d'arrêt.

Au niveau cognitif, les mises en garde graphiques apparaissent plus visibles (O'Hegarty et al., 2007 ; Hoek et al., 2005 ; Hammond et al., 2003), plus faciles à comprendre, augmentent la conscience et la connaissance des risques du tabagisme sur la santé (Hammond et al., 2006 ; Thrasher et al., 2007). Elles conduisent finalement les fumeurs les plus jeunes à envisager l'arrêt (Koval et al., 2005).

Au niveau émotionnel, les pictogrammes semblent avoir un impact sur les comportements. Plusieurs auteurs (Hammond et al., 2004 ; Crespo et al., 2008 ; Gallopel-Morvan, 2006 ; Goodall & Appiah, 2008) ont mis en évidence que des messages graphiques centrés sur la perte provoquaient de la peur, du dégoût ou de l'anxiété conduisant à des effets positifs sur les comportements d'arrêt ou la réduction de consommation. Ce mode de communication apparaît plus efficace que les messages textes sur la motivation à arrêter le tabac (Kees et al., 2006), à maintenir l'arrêt dans le temps (Hammond et al., 2004 ; O'Hegarty et al., 2006) ou de prévenir l'entrée dans le tabagisme (Sabbane, Bellavance et al., 2009 ; Sabbane, Lowrey et al., 2009 ; Koval et al., 2005).

Si ces résultats semblent prometteurs, Gallopel-Morvan et ses collaborateurs (Gallopel-Morvan et al., 2011) nuancent néanmoins ces résultats car l'influence réelle de ces messages demeure inconnue. Plusieurs auteurs (Hastings et al., 2004 ; Ruiter, Abraham & Kok, 2001) considèrent que trop peu d'informations sont disponibles concernant les effets non-intentionnels des messages centrés sur la peur. Les résultats de plusieurs études à ce sujet divergent. Peters et al. (2007) et Goodall et Appiah (2008) n'ont pas constaté de réaction défensive face à des messages menaçants alors que Hammond et al. (2004) ont montré que 1% des fumeurs augmentent leur consommation face à ces messages, 36% font en sorte de les éviter et 13% les considèrent comme non-crédibles, retrouvant ainsi les résultats de la méta-analyse réalisée par Witte et Allen (2000) sur l'appel à la peur.

D'un autre côté, si la conclusion d'une efficacité supérieure des messages visuels sur les textes est généralement formulée (Cantrell et al., 2013), il existe peu de données concernant le format le plus adapté. De la même manière, la formulation en termes de gain ou perte n'a pas le même impact (Gallagher & Updegraff, 2012). Ainsi, l'efficacité des campagnes anti-tabac varie fortement selon les thèmes abordés et les types de populations visés (Devlin et al., 2007 ; Smith & Stutts, 2003 ; Hammond, 2011), nécessitant l'adaptation des messages (Moorman & van den Putte, 2008). Par exemple, Pechmann et al. (2003) ont montré que les messages normatifs avaient la plus grande efficacité chez les adolescents. Dans une méta-analyse, Cantrell et al. (2013) ne montrent aucune différence significative d'efficacité des communications visuelles selon le statut socio-économique. De manière générale, les messages orientés vers la santé, le bien-être physique ainsi que ceux impliquant une dimension sociale apparaissent comme les plus efficaces (Hoek et al., 2005 ; Thrasher et al., 2006 ; Crespo et al., 2008). Néanmoins, les travaux menés par Niederdeppe et ses collaborateurs (2008) semblent mettre en évidence une différenciation socio-économique de l'efficacité des campagnes de prévention.

Les recherches menées l'ont été principalement dans les pays anglo-saxons (Crespo et al., 2008 ; Gallopel-Morvan, 2006). Gallopel-Morvan et al. (2011) insistent sur les particularités culturelles d'autant que le sens attribué aux symboles visuels diffère selon les cultures (Mikhailitchenko et al., 2009 ; Sabbane, Bellavance et al., 2009 ; Sabbane, Lowrey et al., 2009). Dans le contexte français, ces auteurs ont montré que les messages textuels n'ont plus d'impact car trop anciens. Ils montrent également une plus-value à un usage combiné de messages visuels et textuels.

En vue de diminuer encore l'impact du marketing des cigarettiers, la mise en place d'un paquet neutre est également envisagée en France (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014) bien qu'elle fasse l'objet de nombreux débats. L'efficacité de cette mesure a été constatée à plusieurs reprises à la fois dans des pays l'ayant mis en place ou dans le contexte français. Ce paquet neutre diminue l'envie d'achat chez les femmes et adolescents (Gallopel-Morvan et al., 2011, 2013 ; Hammond et al., 2011 ; Hammond et al., 2013). Chez les fumeurs dépendants, il conduirait à envisager une diminution de la consommation (Moodie et al., 2011 ; Gallopel-Morvan et al., 2011), faciliterait l'arrêt (Hammond et al., 2009) et les inciterait à chercher une aide pour arrêter (Hoek et al., 2011). Son efficacité reste néanmoins conditionnée à l'apposition des avertissements sanitaires visuels qui suscitent des émotions négatives et les motivent à arrêter (Hoek et al., 2011 ; Thrasher et al., 2011).

Ce projet, proposé au vote au Sénat a été supprimé en commission des affaires sociales le 22 juillet 2015 et a fait l'objet de manifestations de la part des buralistes qui représentent un lobby de poids (Le Monde, 22 juillet 2015).

➤ *Augmentation des prix*

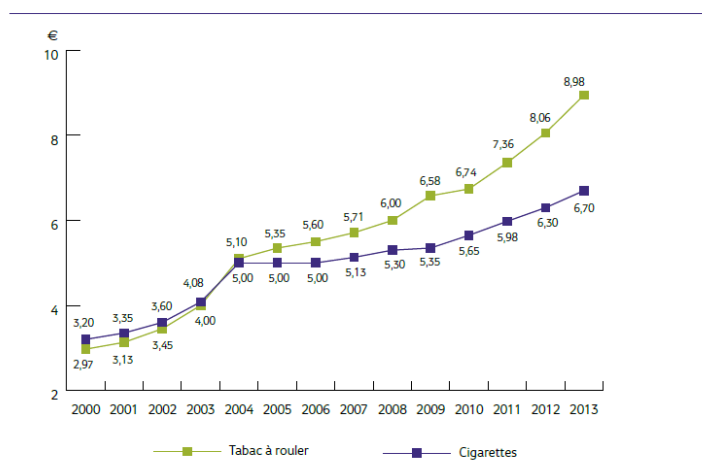
« Consider a recent day in the life of an Australian smoker, John. As he wakes, John listens to a news item about a government decision to end all remaining forms of tobacco advertising. Since the mid-1970s he has woken to many similar announcements about various forms of tobacco advertising. These have occasioned discussions at his office and in social gatherings, where smoking has become a common and sometimes highly charged topic of conversation. Newspapers have also been thick with news about smoking. [...] As John smoked at the breakfast table his two children playfully chorused their usual antismoking slogans "Smokers suck! But we get half the muck!" and "Kiss a non-smoker... taste the difference." It seemed that there had been dozens of these taunts over the years. Undoubtedly they had picked them up from school, where he knew that they were regularly given lessons on the health consequences of smoking. His wife, who didn't smoke, had, like a lot of people, slowly turned into someone who actively disliked smoking. She had recently begun seriously talking to him about whether he might go outside when he wanted to smoke. In making this request, it seemed to John that she was not really being overzealous. On the way to the station he stopped to buy a new packet of cigarettes. Proffering \$4.55 for his usual packet of 30, he was reminded by the shop assistant that they had now gone up by 20 cents a packet in the latest federal budget. John had calculated that by smoking a packet a day he was spending \$1734 a year on cigarettes- the price of a 10 day holiday in a luxury hotel in Bali. Boarding the train, he pondered that here was yet another place he couldn't smoke. [...] As he read the morning newspaper he noticed how many of the classified advertisements for shared accommodation specified that only non-smokers need apply. [...] He also noticed that every government job advertisement and a not inconsiderable number of private sector advertisements stated that "a smoke free workplace was company policy." Browsing through the lonely hearts advertisements he was again struck by how many of these people sought a partner who was a non-smoker. And then he was confronted by a full page advertisement from a life insurance company offering substantially reduced rates for non-smokers. Arriving at work, John stubbed out what would be his last cigarette until lunchtime. In 1988 his office had introduced a total smoking ban. [...] A successful law suit by a worker whose asthma has been severely aggravated by passive smoking in her workplace seemed certain to hasten this process. The ban at work had certainly reduced John's own consumption. [...] At lunchtime John went with some colleagues to a nearby Pizza Hut restaurant. The whole chain had recently gone smoke free, reflecting an overwhelming demand in the community for smoke free dining. He then passed a street sign warning him that he could be fined for discarding his cigarette end in the street. [...] Being environmentally conscious, he felt awkward about how he usually disposed of his cigarette ends. At home John saw a report on the television news linking smoking with yet another dreaded disease: leukemia. "Was there anything that smoking didn't cause?" he thought to himself, reflecting on all the news reports he had heard about the subject over the years. Being a sports fan, he switched between the channels showing the national football and basketball competitions. And there it was again: antismoking sponsorship messages on the sidelines and even on the players' clothing. And then to put the icing on the cake, a gory government advertisement showing how much black tar a smoker would inhale in a year was shown several times during commercial breaks. »

Figure 8 : Description de la journée type du fumeur, d'après Chapman (1993)

Peretti-Watel et Seror (2009) soulignent la difficulté d'une évaluation réelle de la lutte anti-tabac du fait de la multiplicité de mesures, qu'elles soient légales, préventives ou sociales. Le fumeur se retrouve ainsi dans un contexte général décrit par Chapman (1993) qui présente la journée type d'un fumeur australien. Il illustre ainsi la complexité d'édification du comportement d'arrêt qui est multifactoriel. L'identification de tel ou tel facteur comme prédominant dans la décision d'arrêt est impossible. Ainsi, la forme des évaluations actuelles fonctionnant selon le principe « toutes choses égales par ailleurs » semble limiter la pertinence des résultats obtenus (Lévy, 2008). Cette évaluation s'inscrit dans un temps que les pouvoirs publics veulent réduire au maximum (Peretti-Watel & Seror, 2009). Cela a été le cas lors de l'interdiction de fumer dans les lieux publics qui a entraîné en quelques semaines une forte diminution des admissions aux urgences pour infarctus du myocarde (Guérin & Borget, 2010). Les effets des campagnes ne peuvent être évalués que plusieurs années après leur mise en œuvre, voire pour les générations ultérieures comme c'est le cas pour la prévention à l'école primaire.

Dans les années 1970 et 1980, le prix du tabac a diminué ou est resté stable. Ce n'est qu'à partir des années 1990 qu'il a commencé à augmenter (Lermenier, 2014 ; Peretti-Watel & Seror, 2009) et être utilisé comme outil pour inciter les fumeurs à arrêter leur consommation. Sans en contrôler directement le prix, les pouvoirs publics jouent sur la taxation et l'interdiction aux fabricants de réduire leur marge pour augmenter les prix. A partir des années 2000, ces augmentations sont devenues l'instrument privilégié de la lutte anti-tabac. Entre 2000 et 2004, les hausses cumulées ont ainsi atteint 70% (Figure 9). En 2005, les taxes représentaient 80% du prix d'un paquet de cigarettes. Les effets de ces hausses ont été constatés rapidement conduisant à une baisse des ventes de 14% en 2003 et 21% en 2004. Même si les ventes ont effectivement baissé, une partie des fumeurs a contourné cette hausse par la consommation d'autres produits comme le tabac à rouler, ou en s'approvisionnant à l'étranger.

Graphique 1 - Prix annuel moyen de vente du paquet de cigarettes (20 cigarettes) et du paquet de tabac à rouler (40 grammes) les plus vendus, en euros, entre 2000 et 2013



Source : Direction générale des douanes et des droits indirects

Figure 9 : Evolution du prix moyen du paquet de cigarettes

Les ventes ont donc diminué de manière plus importante dans les départements proches des frontières, le tabac étant moins cher dans certains pays limitrophes comme l'Espagne ou la Belgique (Ben Lakhdar, 2005). Après ces fortes hausses, les taxes ont été gelées jusqu'en 2011 bien que les prix aient augmenté sensiblement dans l'intervalle. Quoi qu'il en soit, ces augmentations n'ont eu aucun effet sur les ventes de tabac qui sont restées stables entre 2005 et 2011. Depuis cette date, d'autres augmentations ont eu lieu, dues à une modification de la fiscalité qui conduit en 2013 à passer sous la barre des 60 millions de tonnes vendues en diminution de 6,2% par rapport à l'année précédente (Lermenier, 2014). Ainsi, en 2014, le paquet de 20 cigarettes le plus vendu passe à 7 euros.

Si l'augmentation des prix semble une mesure efficace, Peretti-Watel, Seror et al. (2009) insistent sur les risques induits car ils pénalisent les fumeurs les plus pauvres. Ainsi, en 2000, les 10% de fumeurs les plus pauvres consacraient 25% de leurs revenus à l'achat de cigarettes contre 31% en 2005.

1.3. Le tabagisme aujourd'hui

1.3.1. Données sur les risques sanitaires

Le numéro thématique de la revue *The Lancet* de 1857 interrogeait les médecins sur les risques du tabagisme, ceux-ci faisant part de leurs observations ou expériences. Certains risques étaient déjà pressentis et appelaient à des discours de prudence quant à la consommation. Dans notre époque contemporaine, les risques du tabagisme sont connus, largement documentés et continuent d'être précisés. Ils justifient l'importance du sevrage tabagique qui devient une priorité de Santé publique (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et des Droits des Femmes, 2014). L'étude de Doll et Hill (1950) a été la première à souligner la nocivité du tabac. Depuis, de nombreuses pathologies sont venues s'y ajouter au fil des années, tellement qu'il est difficile d'en proposer une liste exhaustive. Une étude récente portant sur une cohorte américaine de 1,2 millions d'individus interviewés en 1982 et suivis jusqu'en 2006 : « Cancer Prevention Study II » (Thun et al., 2000 ; Danaei et al., 2009 ; Ribassin-Majed & Hill, 2015) permet d'identifier l'augmentation des risques. Le tabac est ainsi responsable d'une augmentation du risque de décès par infection tuberculeuse (Risque Relatif, RR=1,6), par cancers (voies aériennes supérieures : RR=8,1 ; Estomac : RR=2,2 ; Foie : RR=2,3 ; Pancréas : RR=2,2 ; Poumons : RR=23,9 ; Rein : RR=2,5 ; Vessie : RR=2,3 ; Leucémie : RR=1,9), par maladies cardiovasculaires ischémiques principalement chez les 30-

60 ans (RR=5,5 chez les 30-44 ans et RR=3,0 chez les 45-60 ans), par maladies respiratoires (Pneumopathies et affections des voies respiratoires inférieures : RR=1,9 ; Maladie pulmonaire chronique obstructive : RR=10,8).

Les études estiment qu'aujourd'hui un fumeur sur deux décèdera de son tabagisme (Hill, 2012), voire deux sur trois (Banks et al., 2015). En 2010, Ribassin-Majed et Hill (2015) estiment que 78 000 personnes sont décédées pour cette raison en France, particulièrement des hommes même si l'écart avec les femmes tend à se réduire (Peto et al., 2000). Une analyse de cohorte récente (Carter et al., 2015) précise que les données estimées en termes de morbi-mortalité seraient sous-évaluées de 17%, quinze nouvelles causes de mortalité ayant été identifiées dernièrement.

La baisse de la prévalence de la consommation tabagique définie par les politiques de lutte contre le tabagisme passe donc naturellement par la limitation de l'initiation et de l'aide à l'arrêt chez les fumeurs.

Les bénéfices de l'arrêt du tabac sont multiples. Si le tabagisme est lié à une survenue importante de pathologies, l'arrêt du tabac conduit à une diminution de la mortalité (Critchley & Capewell, 2003; Doll et al., 2004) mais aussi à une réduction des risques de survenue ou d'aggravation de pathologies (AFSSAPS, 2003; Peto et al., 2000; Scanlon et al., 2000). Ces bénéfices ont été mis en évidence pour l'ensemble des maladies liées au tabac : cancers, maladies cardiovasculaires ou respiratoires (Critchley et al., 2003 ; Scanlon et al., 2000). Il se répercute naturellement sur l'espérance de vie qui est de sept ans supérieure chez les ex-fumeurs ayant arrêté leur tabagisme à 35 ans (Taylor et al., 2002) et également sur le mode de vie. Plus le temps d'arrêt du tabagisme est long, plus les comportements préventifs adoptés sont nombreux, comme une meilleure alimentation ou une diminution de la consommation d'alcool (Sangthong et al., 2012).

Les risques encourus dépendent de trois facteurs : la consommation moyenne quotidienne de tabac, la durée du tabagisme ainsi que l'âge de début du tabagisme. Doll et Peto ont montré que lorsque la consommation quotidienne triple, le risque de cancer va tripler également (Doll et al., 2004; Peto, 1986) ; un triplement de la durée du tabagisme va, quant à lui, multiplier par 100 les risques de développer un cancer du poumon. L'arrêt permet donc de diminuer la durée du tabagisme qui apparaît comme le principal facteur de risque, la réduction de consommation reste donc une stratégie peu efficace.

1.3.2. Qui sont les fumeurs ?

Depuis 1992, des enquêtes régulières intitulées « Baromètre Santé » abordent les comportements et attitudes de santé de la population française. En 2015, cette étude porte sur plus de 15 000 personnes dont les numéros de téléphone ont été tirés aléatoirement (Richard, Gautier, Guignard et al., 2014). Les résultats de ce Baromètre Santé (Guignard et al., 2015) montrent une stabilisation de la prévalence du tabagisme chez les 15-75 ans après une augmentation en 2010 (Beck, Guignard, Richard, Wilquin & Peretti-Watel, 2010). Ainsi, 28,2% de cette population présentent un tabagisme actif régulier, 5,9% sont des fumeurs occasionnels et 31,0% des ex-fumeurs (en hausse depuis 2010). La proportion de fumeurs réguliers est en baisse entre 2010 et 2014 (29,1% vs. 28,2%) et celle d'ex-fumeurs est actuellement en augmentation (29,2% vs. 31,0%). Cette différence semble s'inscrire par la réduction du tabagisme féminin car chez les hommes la prévalence demeure stable (32,4% vs. 32,3%) alors qu'elle diminue chez les femmes (26,0% vs. 24,3%). Cela se confirme par une proportion d'ex-fumeurs en hausse uniquement chez les femmes (25,7% vs. 28,8%).

Les comportements de consommations semblent avoir évolué sur cette même période selon différents profils. Sur l'ensemble des fumeurs, le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement a baissé mais il est resté stable chez les fumeurs quotidiens. Les fumeurs consommant moins de cinq cigarettes par jour ou plus de quinze ont diminué leur consommation.

Si le tabagisme et ses modes de consommation ont toujours été marqués socialement, les enquêtes continuent d'analyser ces différences (Figure 10). Dans cette enquête, l'évolution de la prévalence en fonction du niveau socio-économique a été évaluée par le niveau de diplôme, de revenus ou la situation professionnelle. Les analyses mettent en évidence une stabilisation des inégalités sociales après leur renforcement entre 2000 et 2010.

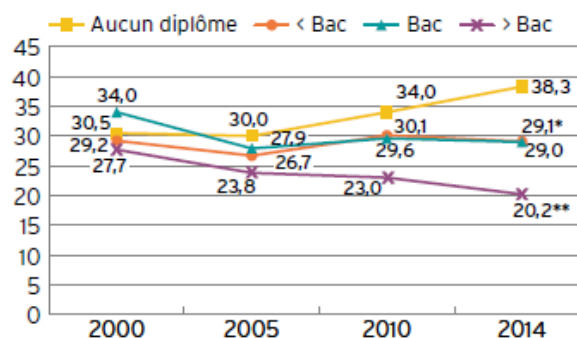
La prévalence du tabagisme quotidien est la plus élevée chez les ouvriers (37,8%). Chez les employés, elle est évaluée en légère baisse à 29,2%, 29,7% chez les artisans, commerçants, chefs d'entreprise, 23,1% dans les populations intermédiaires et 18,9% chez les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Ce gradient social dans la répartition de la prévalence tabagique se retrouve selon le niveau de diplôme. Chez les personnes sans diplôme, le tabagisme quotidien concerne 38,3% de la population contre 29,0% pour un niveau Baccalauréat et 20,2% pour les niveaux supérieurs au Baccalauréat. Il en est de même pour les niveaux de revenus par unités de consommation. Le premier tercile, représentant les niveaux les plus faibles présentent une prévalence 36,0%, contre 27,8% pour le deuxième et 22,2% pour le troisième. Après une augmentation entre 2005 et 2010, le tabagisme féminin diminue significativement.

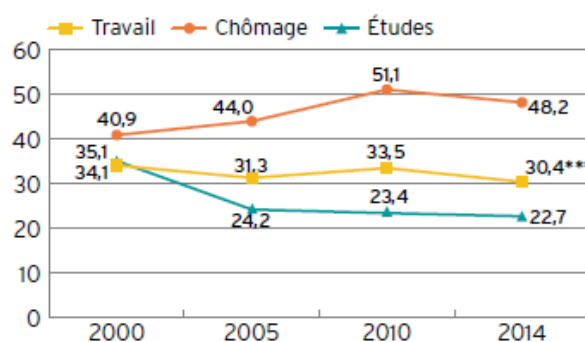
Une cohorte de 25 000 sujets a été suivie à partir de 2005. Ses résultats précisent les données en France et l'avancée de l'épidémie de tabagisme en fonction de l'âge et du sexe (Legleye et al., 2011). Ces auteurs ont montré que chez les hommes les plus âgés (60-75 ans), les taux d'initiation tabagique varient peu en fonction du niveau d'éducation. Dans les populations d'âge intermédiaire (40-59 ans), la prévalence du tabagisme est supérieure quand le niveau d'éducation est faible. Cet effet se renforce dans les populations les plus jeunes. Chez les femmes, les données sont différentes. Il existe une relation

positive entre le niveau d'éducation et la prévalence du tabagisme chez les populations les plus âgées. Cet effet est moins marqué dans les populations d'âge intermédiaire. Dans les populations les plus jeunes, les auteurs observent une inversion du gradient social même si les disparités sont moins prononcées chez les femmes que chez les hommes.

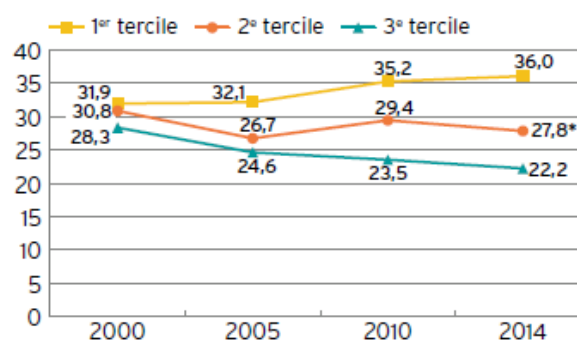
Niveau de diplôme (15-75 ans):



Statut d'activité (15-64 ans):



Niveau de revenu par UC (15-75 ans):



Source: Baromètres santé 2000, 2005, 2010 et 2014, Inpes.
Note: Les * indiquent une évolution significative entre 2010 et 2014 (* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$).

Figure 10 : Evolution de la prévalence du tabagisme selon le niveau socio-économique

1.4.Synthèse

L'histoire du tabac et sa consommation est particulièrement riche, ce qui lui confère un statut particulier dans notre société contemporaine. Il a d'abord été perçu comme une herbe miraculeuse calmant tous les maux allant jusqu'à faire partie de la pharmacopée au XVIème siècle. Rapidement, sa consommation s'est répandue dans toutes les classes sociales mais les façons de consommer étaient fortement dépendantes de ces dernières. Fumer le tabac, mode de consommation le plus développé chez les marins et soldats, était plutôt vulgaire quand la prise était un geste de bonne compagnie dans la haute société. Finalement, peu de temps après son introduction en Europe, des discours opposés à sa consommation ont émergé et se sont intensifiés avec son extension. Une répression anti-tabac est apparue et a évolué vers une démarche de prévention. Cette modification est particulièrement importante car elle dénote le passage à une santé individuelle, une ressource dont chacun est responsable.

Ce n'est que récemment dans l'histoire que les risques associés au tabagisme ont été mis en évidence par une approche épidémiologique. A ce moment-là, la consommation de tabac est devenue un risque. Or celui-ci s'inscrit dans une société paradoxale où l'on note un développement des campagnes d'information et de prévention contre le tabagisme mais où dans le même temps l'Etat retire d'importants revenus financiers de cette consommation.

Au fil des ans, la lutte contre le tabagisme s'intensifie créant un contexte sociétal participant à la dénormalisation de la consommation et la stigmatisation du fumeur : appels à la peur, augmentation des prix des paquets de cigarettes, interdiction de fumer dans les lieux publics... Aujourd'hui, les risques du tabagisme sont particulièrement bien documentés et continuent d'être précisés or la consommation stagne voire augmente ces dernières années. Une analyse des populations fumeuses montre qu'il s'agit principalement de celles présentant un faible niveau socio-économique et que cette différenciation sociale semble se renforcer.

Ces constats, couplés à la responsabilisation individuelle dans la gestion des risques induisent la nécessité de prendre en compte les facteurs cognitifs et motivationnels qui sous-tendent les décisions d'arrêt.

2. Les inégalités sociales de santé et du tabagisme

2.1. Les inégalités sociales de santé : définition et modèles

La revue de littérature des facteurs associés au tabagisme et à l'arrêt met en évidence une différenciation sociale particulièrement marquée. Au vu des conséquences sanitaires du tabagisme (Carter et al., 2015 ; Ribassin-Majed & Hill, 2015), Jah et ses collaborateurs (Jha, Peto et al., 2006) ont montré que le gradient social de mortalité évitable était dû en grande partie au tabagisme et à ses conséquences induites. Ce constat réalisé, l'analyse et la compréhension des facteurs sous-jacents à l'émergence ou au maintien des inégalités sociales de santé deviennent donc de réels enjeux de santé publique.

2.1.1. Que sont les Inégalités sociales de santé ?

Guichard et Potvin (2010) définissent les inégalités sociales de santé comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* ». Elle signifie que les différences de santé constatées entre différents groupes sociaux ne relèvent pas directement de la biologie mais de déterminants socialement construits qui nécessitent d'être étudiés. En France actuellement, la réduction de ces inégalités ne constitue pas encore un objectif de santé publique mais est considérée comme une priorité par la ministre de la Santé. Elle a proposé un projet de loi le 15 octobre 2014 où elle insiste sur la nécessité d'agir sur les déterminants identifiés afin de promouvoir la santé dans tous les milieux de vie.

Ces inégalités s'illustrent selon plusieurs indicateurs (Leclerc, Karminski & Lang, 2008) :

- l'espérance de vie où par exemple à 35 ans, un homme cadre a une espérance de vie supérieure de six ans à un ouvrier
- la mortalité avant 65 ans : les hommes sans diplôme ont 2,5 fois plus de risque de décéder avant 65 ans que ceux ayant effectué des études supérieures, et 1,9 fois chez les femmes

- l'incidence et la prévalence de pathologies : à âge égal, la mortalité par cancer du poumon des hommes sans diplôme est 3,5 fois supérieure à ceux qui ont au moins obtenu le bac
- l'accès au système de soin : le recours au dépistage de cancer du sein est réalisé chez 56% des femmes de plus de 40 ans ayant un niveau d'étude secondaire ou supérieur contre 40% pour celle ayant un niveau d'études primaires

Ces quelques données illustrent le phénomène des inégalités mais ne permet pas d'en saisir la complexité. Actuellement, le constat des inégalités sociales de santé est réalisé mais les pouvoirs publics sont en demande d'interventions susceptibles de les réduire. Le paradoxe, souligné par Lang et al. (Lang, Kelly-Irving & Delpierre, 2009), précise la nécessité pour ces interventions d'être évaluables à court ou moyen terme alors que celles-ci s'inscrivent généralement dans la durée voire obtenir un impact seulement à partir des générations suivantes. De plus, dans le même temps, les transformations sociales et économiques actuelles préparent les inégalités de demain.

La compréhension repose sur l'identification de facteurs de risque qui serviront de cible aux interventions menées. Ainsi, trois types d'approches sont possibles mais qui présentent certaines limites (Frohlich & Potvin, 2008) :

- une approche de population : ces interventions visent l'ensemble de la population mais cette approche a tendance à entretenir voire creuser les inégalités sociales ;
- une approche dite du haut risque biologique : les interventions sont ciblées sur les populations où se concentrent les risques biologiques et comportementaux, assimilés ainsi à un risque individuel. Leur effet est également critiqué car pourrait participer là encore à l'augmentation des inégalités ;
- Une approche dite des populations vulnérables : l'approche est directement ciblée vers les populations présentant un haut niveau de risque socio-économique et psychosocial. Les critiques de cette approche soulignent la dynamique de création de ces populations vulnérables qui ne peuvent être réduites à une caractérisation transversale. De plus, ce type d'intervention principalement orienté vers un type de population peut entraîner une stigmatisation et des réactions identitaires où le déterminant ciblé deviendrait une caractéristique revendiquée, comme cela peut être le cas dans le tabagisme (Peretti-Watel & Moatti, 2009).

En vue d'identifier les niveaux d'intervention les plus adaptés, certains auteurs ont tenté de modéliser l'impact direct et indirect des appartenances sociales sur les individus mais la littérature internationale reste relativement pauvre dans ce domaine (Commission on Social Determinants of Health : CSDH, 2008 ; Ridde & Guichard, 2008).

2.1.2. Les modèles explicatifs

Les modèles explicatifs des inégalités sociales de santé se centrent majoritairement sur des composantes, matérialistes, culturelles-comportementales ou psychosociales (Bambra, 2011).

Les théories matérialistes s'appuient sur l'environnement physique et ses caractéristiques ou les possessions matérielles. Elles postulent que les personnes bénéficiant de revenus élevés disposent de meilleures conditions de vie et d'un environnement plus favorable. Il leur permet de bénéficier d'un accès aux soins plus facilement.

La deuxième insiste sur le rôle des facteurs de risque comportementaux, des conditions de vie et de l'utilisation pertinente des soins qui peuvent dépendre des capacités cognitives ou de l'accès aux soins. Les inégalités reposeraient sur les conséquences des désavantages sociaux ou une acceptabilité culturelle des comportements défavorables.

Enfin, la troisième se centre plus précisément sur certains aspects psychosociaux et propose des explications en termes d'intégration sociale, d'empowerment ou d'exposition au stress (Lang, 2014). Le sentiment de subordination ou d'infériorité sur le long terme pourrait se transformer en stress chronique.

Lang et ses collaborateurs (2009) proposent une approche centrée sur les chaînes de causalité. Les facteurs de risque n'existent donc pas à un temps donné mais se sont construits tout au long de la vie (Figure 11), renvoyant ainsi à la *life course epidemiology* (Kuh & Shlomo, 2004 ; Pickles, Maugham & Wadsworth, 2007). Un



Figure 11 : Modèle de la life course epidemiology

état biologique est donc à inscrire dans un parcours causal conduisant à deux types de réflexions formulées par Rose (2001) : pourquoi certains individus sont-ils malades, l'autre étant pourquoi certaines sociétés sont-elles malades ?

Les perceptions et comportements sont liés au niveau d'études, aux conditions de travail et aux réseaux sociaux. Ils s'inscrivent également dans un environnement sociétal général, culturel et socio-économique qui va les influencer. L'expression des gènes est aussi modulée par l'environnement social (Lang et al., 2009). Les facteurs proximaux sont donc emboîtés dans des cadres microsociaux, eux-mêmes dépendants de cadres macrosociaux. Cet ensemble d'imbrications évolue depuis la vie utérine jusqu'au vieillissement avec l'intervention de processus sociaux et biologiques.

Pour aborder cette complexité, Lang et al. (2009) proposent trois modèles explicatifs pour représenter les mécanismes par lesquels ces facteurs vont modifier l'état de santé :

- Le modèle des périodes critiques : il s'agit de fenêtres de temps particulièrement sensibles où une exposition peut avoir des effets positifs ou négatifs sur le développement biologique ou social ultérieur. Nous pouvons citer par exemple les périodes de grossesse, de transition scolaire, l'entrée sur le marché du travail, la parentalité, le passage à la retraite, etc., autant de périodes sociales critiques pendant lesquelles des facteurs de risque pourraient avoir des impacts majeurs sur l'état de santé.
- Le modèle de l'accumulation des risques : ce modèle postule que les désavantages se cumulent au cours du temps et de la vie et que cette accumulation de facteurs relativement mineurs a un impact sur la santé et peut dessiner le gradient social des états de santé.
- Le modèle des trajectoires : il n'est pas indépendant des deux modèles précédents et concerne les chaînes de causalité où un désavantage précoce peut positionner un individu sur une chaîne de risque le conduisant à une exposition future.

Les modèles présentés permettent d'aborder une approche explicative prenant en compte la complexité objective des parcours. Récemment, des travaux en psychologie sociale autour de la notion de précarité ont mis en évidence l'importance de la subjectivité à la fois dans le rapport aux situations sociales mais aussi de son impact sur l'état de santé (Fieulaine, 2006). Ils soulignent ainsi l'importance de considérer le lien entre les insertions sociales et la santé

en tenant compte à la fois des caractéristiques micro et macro sociales (Krieger, 1994, 2001), mais aussi des dimensions subjectives et des conséquences psychologiques induites.

Complémentairement aux modèles des inégalités sociales de santé présentés plus haut, un enjeu réside dans l'identification des mécanismes qui les façonnent et les pérennisent. Ainsi, les travaux réalisés antérieurement par Fieulaine (2006) montrent l'intérêt d'une approche psychosociale centrée sur le lien que les individus et les groupes entretiennent à leurs situations dans une perspective de trajectoire biographique. Cette vision se rapproche des propositions formulées par Singh-Manoux et Marmot (2005) ou Chauvin et al. (2005) selon lesquelles les déterminants de santé ne doivent pas être considérés comme des états stables mais comme des processus inscrits dans les biographies des personnes et reposant sur la socialisation. Ils représentent donc autant la résultante d'attributs individuels ou collectifs que des constructions sociales.

2.2.Précarité et inégalités sociales de santé

2.2.1. Définir la précarité

La notion de précarité paraît particulièrement pertinente dans l'étude des inégalités sociales de santé car elle se trouve au carrefour de l'environnement social et des vécus subjectifs. Elle occupe ainsi une place différente de la pauvreté ou de l'exclusion même si la littérature tend à montrer de fortes corrélations avec le statut socio-économique (Sass et al., 2006). Elle s'inscrit donc comme une forme contemporaine de défaveur matérielle et sociale reposant sur l'expérience des conditions sociales (Labbe et al., 2007 ; Fassin, 2003 ; Paugam, 1991 ; Wreslinski, 1987).

L'émergence de ce concept repose sur la fragilisation des statuts sociaux due au développement de nouvelles formes d'intégration professionnelles (Castel, 1995 ; Paugam, 2000). Elles sont issues de la lutte contre le chômage par la légalisation d'emplois instables, de courtes durées qui ont tendance à se généraliser. Cette tendance va naturellement s'étendre aux trajectoires individuelles par la privation des sécurités offertes habituellement par l'insertion professionnelle stable. La certitude quant à un avenir professionnel stable n'est plus possible, déstabilisant par la même occasion les statuts sociaux.

Les définitions de la précarité ne se centrent donc pas seulement sur les caractéristiques de l'environnement mais également sur l'instabilité et l'incertitude qu'elle engendre (Billard et

al., 2000 ; Fieulaine, 2006). En cela, elle représente un état d'instabilité sociale caractérisé par un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité. Elle est donc susceptible d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et dramatiques proches de la grande pauvreté et de l'exclusion (Haut Conseil de la Santé Publique : HCSP, 1998). Elle se distingue donc de l'exclusion ou de la pauvreté et se caractérise par un ensemble de situations marquées de l'absence d'une ou plusieurs des sécurités qui permettent aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales (Wresinski, 1987).

La fragilisation et la vulnérabilisation qu'elle provoque sous-tend que les situations de précarité et leurs conséquences ne reposent pas uniquement sur un enfermement dans des situations d'instabilité sociale imposées (Langevin, 1997) mais aussi dans le rapport des individus et groupes à ces situations. Les situations sociales de précarité se définissent donc à la fois à travers un contexte objectif mais aussi dans leurs dimensions psychosociales qui contribueront à déterminer leurs conséquences (Fieulaine, 2006). L'environnement est défavorable et s'éloigne des normes sociales centrées entre autres sur l'emploi, l'anticipation de l'avenir. L'instabilité est vécue et intégrée psychologiquement entraînant une multiplicité de facteurs de risque par rapport à la santé.

2.2.2. Rôle de la précarité dans les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé, au-delà du tabagisme, sont observées et connues depuis de nombreuses années (Bourdelaïs, 2000). Les premiers constats d'inégalités sociales de mortalités ont été faits lors de la mise en place de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), suite au recensement de 1954. Depuis les années 80 et le développement de la recherche en épidémiologie, l'intérêt pour la compréhension de ces mécanismes s'est développé. Un des travaux importants sur ce sujet est le rapport de Black (1982) qui a montré en Grande Bretagne une forte corrélation entre la position sociale des individus et leur état de santé. Son explication du phénomène allait plus loin qu'une explication en termes de pauvreté car ces inégalités continuent quel que soit le niveau de revenu des populations étudiées. En France, nombre de recherches ont mis en évidence ces inégalités sociales sur des dimensions variées de la santé, qu'il s'agisse des taux comparatifs de mortalité (Inserm, CépiDc, RGP 90), de l'espérance de vie (Cambois et al., 2008), des

risques de déclarer sa santé altérée, des comportements de santé ou pathologies (Montaut & Danet, 2008).

Elles ne concernent pas seulement les groupes en marge mais traversent la société et sont structurelles (Lang, 2014). Elles correspondent à la relation existant entre l'appartenance à une catégorie sociale et la santé (Guichard & Potvin, 2010), celle-ci n'étant ni aléatoire ni due à une explication biologique. La répartition s'organise selon un gradient social où les individus au sommet de la pyramide sociale sont en meilleure santé que ceux directement en dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons (op. cit.). Dans ce sens, les résultats obtenus par Sass et ses collaborateurs (2006) en utilisant un indicateur du niveau de précarité illustrent ce gradient. Chez les personnes présentant les niveaux de précarité les plus élevés comparativement aux niveaux les plus faibles notamment, les risques de diabète ($RR > 3,0$ pour les hommes et $RR > 8,0$ chez les femmes), d'obésité ($RR > 5$ chez les femmes), d'hypertension artérielle ($RR > 2$ chez les femmes et $RR > 1,5$ chez les hommes), d'une mauvaise santé dentaire ($RR > 3,0$) ou d'une perception d'une santé dégradée ($RR > 7,0$) sont supérieurs.

2.3. Les inégalités sociales de santé dans le tabagisme et l'arrêt, quel impact des situations de précarité ?

Depuis quelques années, des recherches se sont intéressées au contexte social du tabagisme et ont souligné son importance (Poland et al., 2006), notamment auprès des publics en situation de précarité (Bancroft et al., 2003 ; Wiltshire et al., 2001 ; Stead et al., 2001 ; Constance & Peretti-Watel, 2010). Cette interprétation conduit à aborder la consommation dans un environnement où celle-ci va devenir porteuse de sens (Poland et al., 2006 ; Graham, 2012). La différenciation sociale du tabagisme peut ainsi être interprétée sous un prisme psychosocial en lien avec les dimensions macrosociales, microsociales et individuelles.

2.3.1. Aspects macrosociaux : le contexte politique de lutte contre le tabagisme

Depuis la ratification de la Convention cadre pour la lutte antitabac (OMS, 2003), la lutte contre le tabagisme s'est intensifiée en France. Plusieurs mesures ont été mises en place en vue de participer à la dénormalisation du tabagisme (Peretti-Watel & Spica, 2010) et d'autres sont prévues dans un avenir proche par le Plan cancer 2014-2019 (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014). Elle comporte des mesures de réduction de la demande et de l'offre de tabac. Elle prévoit l'augmentation du prix du tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux publics (Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006), l'apposition d'avertissements sanitaires illustrés sur les produits du tabac, la mise à disposition de services d'aide à l'arrêt.

2.3.1.1. La prévention du tabagisme

Les politiques publiques se trouvent au cœur de la mise en place de stratégies pouvant conduire à une diminution des taux d'initiation et une augmentation des tentatives de sevrage tabagique. Une revue de littérature portant sur les campagnes de communication en faveur du sevrage tabagique dans plusieurs pays (Niederdeppe, Kuang, Crock & Skelton, 2008) présente des résultats mitigés quant à l'efficacité de ces programmes, et plus précisément sur les populations les plus défavorisées. Les campagnes de communication actuelles s'adressent à la population générale, sans distinction des catégories socio-économiques. Elles sont bien souvent peu efficaces dans les populations à faible niveau socio-économique (op.cit.). Elles augmentent ainsi les inégalités sociales du fait d'une adhérence à ces programmes plus positive dans les populations à haut niveau socio-économique. Ces différences dans l'efficacité peuvent être causées par plusieurs facteurs comme une moindre exposition au message ou impact motivationnel du message. Les campagnes de communication qui apparaissent comme les plus efficaces dans les populations défavorisées sont celles qui s'intègrent dans de vastes programmes de contrôle du tabagisme. Elles passent par une mobilisation communautaire, un accès facilité aux traitements de substitution, des conseils téléphoniques, un soutien social ainsi que des actes politiques permettant de faire évoluer le contexte de la consommation de tabac. Ainsi, dans ce dernier critère, la France se classe en cinquième position parmi les pays européens en 2013 (Joossens & Raw, 2014) pour le contrôle du tabagisme (Joossens & Raw, 2006). L'adoption de la Directive 2003/33/EC par le

Parlement Européen et le Conseil a permis l'interdiction dans tous les pays membres du parrainage et de la publicité sur le tabac et a introduit un renforcement de la législation dans de nombreux pays européens (Joosens & Raw, 2008) notamment par l'interdiction de fumer dans les lieux publics (décret du 16 novembre 2006), l'apposition de pictogrammes sur les paquets de cigarettes ou de tabac, ainsi qu'une modification du prix du tabac.

2.3.1.2. L'augmentation du prix du tabac

L'augmentation du prix du tabac fait également partie des dispositions mises en place afin de réduire la prévalence du tabagisme. Suite aux augmentations successives en France, une diminution de la prévalence a effectivement été observée (Peretti-Watel, Wilquin & Beck, 2008) mais dans une moindre mesure qu'attendu. En réaction, 45% des fumeurs ont essayé d'arrêter la cigarette ou de réduire leur consommation, 31% ont uniquement essayé de réduire le coût du tabagisme (achat de tabac roulé, contrebande, achat transfrontalier...), 24% n'ont pas modifié leurs habitudes (Peretti-Watel, L'Haridon & Séror, 2013). Deux catégories de fumeurs résistent aux augmentations de prix. Les fumeurs plutôt jeunes, sans emploi ou avec de faibles revenus usent de stratégies de réduction des coûts plutôt que d'envisager un arrêt ou une réduction de la consommation. Le second profil concerne des fumeurs hommes, plus âgés, déclarant des revenus financiers plus élevés et consommant moins de cigarettes. Les motivations dans ces deux profils sont probablement différentes dans le sens où la seconde catégorie est moins concernée par l'aspect financier. Elle se caractérise par une moindre consommation alors que les stratégies mises en place dans le premier profil correspondent à une dépendance à la nicotine plus importante. Cette stratégie politique de réduction de la consommation pourrait donc participer à une augmentation des difficultés financières des populations les plus pauvres dont la part budgétaire du tabagisme est amputée sur un autre pôle de dépense (alimentation, accès à la culture...).

L'analyse des résultats concernant les mesures mises en œuvre pour lutter contre le tabagisme suggère leur participation dans la pérennisation des inégalités sociales de santé. Elles peuvent contribuer à la création d'une différenciation sociale par leur impact sur la représentation du tabagisme et des risques associés. Elles renforcent un aspect identitaire mais aussi les difficultés financières des populations les plus défavorisées là où les conditions de vie sont dégradées. A cela s'ajoute une approche du risque pouvant être décalée de celle des publics visés.

2.3.2. Facteurs microsociaux et individuels

La prise en compte des facteurs microsociaux et individuels est particulièrement complexe car ils se situent à l'interface du sociétal et de l'individu. Les indicateurs de niveau socio-économique ne représentent finalement que des raccourcis évaluant indirectement un environnement social et physique dégradé qui se répercute sur l'individu.

2.3.2.1. Initiation tabagique et consommation

Les facteurs de risque du tabagisme débutent dès l'enfance. Dans les populations les plus défavorisées, les normes sociales sont plus favorables envers le tabac que dans le reste de la population, l'entourage est plus consommateur et l'exposition au tabagisme passif plus marquée. Une première différence réside tout d'abord dans une prévalence du tabagisme supérieure chez la femme enceinte induisant une première imprégnation nicotinique. L'accumulation de ces facteurs ainsi que la facilité à se procurer des cigarettes conduit à un âge d'initiation plus précoce. Néanmoins, celui-ci est marqué par une intensification du gradient social pour les jeunes générations, cette différence s'expliquant à la fois par l'évolution des modes d'entrée dans le tabagisme et le développement du tabagisme féminin. L'initiation se fait principalement dans un apprentissage vicariant par les groupes de pairs (Elder et al., 1988). La cigarette devient ainsi un objet social positif renvoyant à l'acquisition d'une identité de fumeur valorisée dans les populations de bas niveau socio-économique. Ce tabagisme plus précoce n'est pas sans conséquence. Il est en effet associé à des niveaux de dépendance et de craving futurs supérieurs.

Avant même la naissance le corps devient porteur d'un marquage social correspondant aux conditions de vie. Il se renforce ensuite par l'acquisition progressive d'une identité sociale et le développement d'une dépendance. Ce constat renvoie aux constats de Bourdieu sur la perception sociale du corps (Bourdieu, 1977). « Le corps socialement objectivé est un produit social qui doit ses propriétés distinctives à ses conditions sociales de production ». Il s'inscrit comme une objectivation de la position sociale ainsi occupée et devient un langage affirmant une appartenance sociale, traduisant croyances et revendications. Fumer pour être cool (Danesi, 1994), fumer pour s'affirmer, fumer pour être libre, fumer pour s'émanciper, fumer pour braver l'interdit, autant de raisons d'affirmations de soi.

L'interaction de facteurs neurobiologiques, sociaux et expérientiels conduisent à des apprentissages guidant l'acquisition de croyances. Dans les situations de précarité,

l'environnement est dégradé, les trajectoires de vie sont caractérisées par des ruptures biographiques, des événements traumatisants particulièrement marquants. Les troubles anxiodépressifs sont fréquents. La cigarette, associée à un moindre soutien social devient un compagnon de route. Sa présence aide à gérer les coups durs. Elle renforce encore un sentiment d'appartenance sociale et représente un moyen d'entrer en communication avec un Autre partageant sa condition. Corps et cigarettes sont des objets communicatifs : demander du feu ou une cigarette, rendre service en « dépannant » un fumeur dans le besoin, autant d'interactions qui laissent perdurer un sentiment d'existence et d'appartenance à un monde. L'appartenance sociale est revendiquée, la cigarette fait partie de la panoplie du déclassé, de l'exclu (Molimard, 2008). Elle trompe l'ennui, l'inaction, ou la faim. Le tabagisme renvoie ainsi à des normes plus positives dans ces groupes et participe à des formes de socialisation.

Au-delà de la perception du tabagisme en termes de morbi-mortalité, celui-ci représente une charge financière significative. La consommation de tabac est supérieure dans les populations de faible niveau socio-économique. Elle vient ainsi compliquer des situations financières souvent difficiles et en fin de compte créer un stress qui peut être compensé par une consommation accrue (Fidler et West, 2009). Des stratégies d'adaptation de la consommation peuvent être mises en place comme le passage des cigarettes manufacturées aux cigarettes roulées, cet aspect pouvant là encore renforcer une appartenance sociale par le mode de consommation, une dépendance par des aspects ritualistiques mais aussi des conséquences somatiques par une nocivité accrue. D'autres postes de dépenses comme l'alimentation sont malgré tout amputés mais la cigarette entraîne des effets anorexigènes et pallie les sensations de faim. Les fonctions du tabagisme sont donc multiples. Il permet une affirmation de soi et de pallier des situations difficiles. Il repose également sur une habitude et une adaptation aux contextes de vie.

Au regard des imbrications sociales, identitaires, physiques ou de coping, la balance bénéfices-risques apparaît pencher en faveur de la consommation de tabac dans les populations défavorisées. Cet aspect est renforcé, comme illustré précédemment par un moindre impact des campagnes de prévention et des actions mises en place pour lutter contre le tabagisme. Ainsi les risques sont perçus différemment selon les insertions sociales mais l'accès même à ces informations est plus compliqué (Rogers & Shoemaker, 1971). Les médecins, percevant des situations sociales dégradées centrent leur communication sur des aspects majoritairement curatifs. Les informations concernant l'arrêt sont moins abordées. Le

stigmate du tabagisme incarné par la prévalence supérieure de certaines maladies caractérise l'appartenance groupale (Graham, 2012). Dans cette représentation du médical sur l'exclu, le tabagisme représente le dernier plaisir accessible. La situation sociale justifie la consommation. Ce fait illustre l'acceptation implicite du tabagisme et le caractère identitaire qui lui est associé. Cette complication d'accès à l'information est complétée par des répercussions psychologiques du contexte social. Dans ce sens, les caractéristiques du lieu d'habitation ou le soutien social perçus s'avèrent comme des prédicteurs du sentiment d'auto-efficacité associé aux comportements de santé (Businelle et al., 2010 ; Sorensen et al., 2004). Le tabagisme ou l'arrêt reposent ainsi sur la mise en balance, dans un contexte donné, des coûts/bénéfices à court terme et à long terme. Un manque d'information ou un contexte conduisant à une préférence pour l'immédiateté peuvent représenter autant de facteurs qui interviennent dans la différenciation sociale de la perception des risques (Oakes et al., 2004 ; Peretti-Watel et al., 2007 ; Peretti-Watel, Constance et al., 2007 ; Jusot & Khlal, 2013). Ainsi, malgré un tabagisme cumulé plus important sur une période plus longue, les populations les plus défavorisées ne considèrent pas la maladie comme un risque réel. La notion de myopie temporelle (Bickel & Marsh, 2001) a été évoquée pour aborder cette préférence et a mis en lumière le marquage temporel de la perception des risques.

Les conditions de vie se répercutent directement sur le rapport au temps. Les études qui seront présentées plus en détail ultérieurement montrent que les situations de précarité sont associées à une préférence pour le présent et une réduction des horizons temporels futurs (Fieulaine et al., 2006) limitant la perception des risques futurs (Peretti-Watel, 2002). Cet effet pourrait d'ailleurs s'établir dans une relation réciproque où la dépendance entraîne également une préférence accrue pour des bénéfices immédiats (Bickel et al., 2006)

2.3.2.2. Arrêt du tabagisme

Compte tenu de la caractérisation différenciée socialement du tabagisme, l'arrêt de la consommation ne peut donc être investi de la même façon selon les classes sociales. Les études portant sur les motifs d'arrêt mettent en évidence des raisons principalement sanitaires ou financières dans les populations les plus en difficulté. Le corps du fumeur mute en corps malade renforçant le stigmate (Goffman, 1975). Les difficultés financières deviennent trop importantes et nécessitent l'arrêt car les stratégies mises en place (réduction de la consommation, tabac roulé, import de cigarettes...) ne suffisent plus, illustrant une réaction dans l'urgence là où une planification antérieure aurait pu être efficace.

Des événements de vie peuvent également mener à un désir d'arrêt mais quoiqu'il en soit les propriétés corporelles acquises se perpétuent (Bourdieu, 1977). La transition d'une identité de fumeur à non-fumeur (Vangeli & West, 2012) passe par une remise en cause totale des aspects sociaux, identitaires et physiques acquis au cours des années.

Les fumeurs en situation de précarité perçoivent moins de soutien social pour l'arrêt. Ils ont des représentations négatives des aides qui peuvent leur être apportées pour arrêter. L'accès aux traitements demeure également difficile car il nécessite l'avance de frais sans avoir de certitude quant à l'issue de leur tentative. Lorsqu'ils peuvent se les procurer, les niveaux d'observance sont inférieurs. Les effets secondaires du sevrage et des traitements sont perçus comme particulièrement saillants. Par expérience, lorsqu'ils ont tenté d'arrêter par le passé, ils en gardent une perception négative.

Les difficultés de l'arrêt sont amplifiées par des niveaux de dépendance et de craving supérieurs qui se trouvent être des facteurs péjoratifs de la réussite. En plus de ces difficultés, l'arrêt signifie le renoncement à l'ensemble des bénéfices associés à la consommation. Le quotidien, souvent rythmé par la consommation doit être réadapté ainsi que l'environnement social souvent fumeur. L'arrêt peut être perçu comme une mise à l'écart du groupe social et vécu comme un réel isolement. L'imbrication des dimensions corporelles, psychologiques, sociales, historiques personnelles est étroite. Elle explique probablement des troubles anxiodépressifs fréquents qu'il est nécessaire d'anticiper car ils représentent un facteur de rechute majeur (Lagrue, 2006 ; La Rosa et al., 2004).

2.4. L'arrêt du tabac, de la consommation à la sortie du tabagisme

S'il est montré depuis de nombreuses années que le phénomène de dépendance intervient dans la consommation de tabac, elle ne représente pas à elle seule une condition suffisante permettant d'expliquer le maintien de la consommation. Cette dernière est réalisée dans un contexte social dont la complexité nécessite d'étudier les facteurs susceptible d'intervenir dans la construction de l'arrêt.

2.4.1. Qui arrête ou tente ?

Les résultats du Baromètre Santé 2014 (Guignard et al., 2015) précisent les données quant aux tentatives d'arrêt chez les fumeurs. Chez les fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans, 70,7% ont réalisé une tentative d'arrêt supérieure à une semaine, score qui demeure stable depuis 2010. Les évolutions marquantes concernent les 15-24 ans dont les tentatives d'arrêt au cours de l'année écoulée ont fortement augmenté passant de 40,6% en 2010 à 53,6% en 2014.

Au même titre que l'évaluation des actions de prévention est difficile, l'évaluation de la réussite de l'arrêt ou des moyens utilisés pour arrêter est compliquée du fait de la multitude de facteurs qui entrent en jeu dans le parcours tabagique. Dans le domaine médical, on distingue généralement les fumeurs qui entament un sevrage en deux catégories : les arrêts spontanés réalisés sans l'aide de professionnels de santé et ceux qui y font appel.

Concernant les arrêts dits spontanés, il existe peu de données s'y rapportant mais il semble que l'efficacité soit plutôt faible car les taux d'arrêt à 6 et 12 mois s'élèvent respectivement à 5% et 3%, la plupart des rechutes intervenant lors des huit premiers jours d'arrêt (Hughes, Keely & Naud, 2004).

Le type et l'intensité de l'aide proposée par les professionnels sont assez variables car un support médicamenteux peut être utilisé selon les niveaux de dépendance et les difficultés rencontrées. Chez les patients suivis mais sans traitement médicamenteux, deux types d'aide à l'arrêt sont généralement proposés : le conseil individuel et les thérapies de groupe. Leur efficacité est évaluée par les revues systématiques de la Cochrane Library (Lancaster et al., 2000 ; Stead et al., 2005). Les résultats montrent une efficacité accrue de ces deux interventions en comparaison à l'absence d'accompagnement (Odds-ratio=2,04) mais aucune de ces deux n'est supérieure à l'autre.

2.4.1.1. La prise en charge du sevrage

La prise en charge du sevrage tabagique augmente significativement les taux de réussite à court ou long terme et améliore la qualité de vie lors du sevrage (Perriot, 2003). Son principe repose sur la collaboration dans un climat de confiance du patient et du tabacologue autour d'un objectif commun : l'arrêt du tabagisme. La phase préparatoire, précédée ou non d'une phase de réduction de la consommation compensée par des substituts nicotiques, conduit à la prise de décision. Deux étapes sont ensuite mises en place : une phase d'action sur 3 à 6 mois qui représente le sevrage à proprement parler (avec compensation des dépendances

pharmacologique, psychologique et comportementale) et la prévention ou le traitement des effets secondaires. Suite à cela, quand l'arrêt total est obtenu, une phase de maintenance consiste à consolider l'arrêt par la mise en œuvre de stratégies de prévention de la reprise.

La prise en charge allie le plus souvent des outils issus des thérapies cognitives et comportementales centrés sur l'augmentation de l'auto-efficacité comme l'entretien motivationnel (Cupertino et al., 2011) et une approche pharmacologique.

Trois thérapeutiques principales sont utilisées pour la prise en charge de la dépendance pharmacologique : les substituts nicotiniques, la varénicline (Champix®) et le bupropion (Zyban®) pour lesquelles des croyances erronées sont souvent associées et qui vont participer au vécu du sevrage et à l'observance thérapeutique (Fucito et al., 2011; Van Der Rijt & Westerik, 2004 ; Merson & Perriot, 2013). Sans prendre en compte ces croyances, une méta-analyse menée sur 83 études (US Department of Health and Human Services : USDPHHS, 2008) montre qu'à 6 mois l'utilisation de substituts nicotiniques multiplie par 3,6 le taux de réussite, l'utilisation de Bupropion le multiplie par 2 et la Varénicline par 3,1. Il s'agit donc d'outils importants de facilitation de la prise en charge du sevrage tabagique.

Dans la littérature, plusieurs facteurs ont été identifiés comme déterminants de l'arrêt du tabagisme. Ils concernent à la fois des dimensions biologiques, sociales, cognitives ou comportementales. La question du tabagisme abordée sous un angle essentiellement médical ou épidémiologique a été surreprésentée car était généralement l'affaire des médecins.

2.4.1.2. Facteurs identifiés dans la littérature

Plusieurs revues de littérature internationales (Fiore et al., 2008 ; Hyland et al., 2004, 2006) accompagnant les recommandations de bonne pratique en tabacologie ont mis en évidence certains facteurs récurrents associés à des taux d'arrêt élevés.

L'étude ITC (International Tobacco Control) s'est intéressée à cette question dans quatre pays : Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie sur un échantillon total de 6682 fumeurs. Parmi les caractéristiques socio-démographiques, la probabilité de réaliser une tentative d'arrêt du tabagisme diminue avec l'âge (18-24 ans en référence, 25-39 ans : OR=0,69 ; 40-54 ans : OR=0,64) mais augmente selon le pays où l'étude a été réalisée (niveaux plus élevés au Canada ; OR=1,30 par rapport aux Etats-Unis). Aucun effet n'est identifié pour le sexe (OR=1,00). Le niveau d'études ne semble pas influencer l'arrêt dans cette recherche quel que soit le pays. Les revenus quant à eux y sont associés aux Etats-Unis. L'intention d'arrêt, avec

une prévision datée, est un facteur prédictif d'une tentative (pas d'intention en référence, arrêt dans plus de 6 mois : OR=1,8 ; arrêt dans les 6 mois : OR=3,8 ; arrêt dans le mois : OR=8,8). Les tentatives antérieures représentent également des prédicteurs importants des comportements d'arrêt futurs, de même que la durée du plus long arrêt (OR=1,4 pour un arrêt précédent supérieur à 6 mois). Le niveau de dépendance a un effet direct sur les tentatives. Les auteurs notent que plus la dépendance est marquée, moins ils retrouvent de tentatives d'arrêt. Les résultats sont similaires avec les niveaux de consommation. Enfin, des attitudes négatives envers le tabac augmentent la probabilité (OR=1,2). Aucun effet n'est retrouvé pour le sentiment d'auto-efficacité ou les attentes vis-à-vis de l'arrêt. Malgré cela, un intérêt pour sa santé et sa qualité de vie augmente ces tentatives (OR=1,15) (Hyland et al., 2006). De manière complémentaire, d'autres facteurs limitant les tentatives d'arrêt ont été identifiés : des niveaux de craving élevés, des comorbidités psychiatriques, la présence de co-addictions, des niveaux de stress élevés ainsi qu'un entourage fumeur (Fiore et al., 2008). Quels que soient ces paramètres intervenant dans la construction du comportement d'arrêt, au niveau de la motivation ou l'intentionnalité, une revue de littérature que nous avons réalisée laisse apparaître un fort ancrage social (Merson et al., 2014). L'identification et l'analyse de ces facteurs appellent un regard psychosocial pour lesquels les différents modèles utilisés en psychologie de la santé sont susceptibles d'apporter un éclairage complémentaire.

2.4.2. Vers une différenciation sociale du tabagisme et de l'arrêt

La littérature met en évidence une différenciation sociale dans la prévalence du tabagisme (Guignard et al., 2015), dans l'efficacité des mesures anti-tabac, qu'il s'agisse des campagnes de prévention ou des augmentations de prix (Peretti-Watel & Seror, 2009 ; Niederdeppe et al., 2008 ; Constance & Peretti-Watel, 2010) qui peuvent elles-mêmes contribuer à la renforcer. Les modèles les plus récents utilisés en tabacologie se centrent sur une approche transactionnelle où l'adoption des comportements d'arrêt est conditionnée par les effets de l'environnement sur l'individu.

Historiquement, nous avons constaté qu'une différenciation sociale du tabagisme a toujours existé. Elle reposait principalement sur les pratiques ou niveaux ou modes de consommation du tabac. Les études récentes sur le sujet montrent que la prévalence du tabagisme s'organise sous forme d'un gradient social. Nous avons vu que le tabagisme est le plus présent dans les

populations de faibles niveaux socio-économiques. A la différence des siècles précédents, les risques du tabagisme sont connus et cette problématique représente aujourd'hui un enjeu majeur des politiques de Santé publique. La performance des campagnes de prévention ou promotion pour la santé sur cette thématique, autant que l'amélioration des prises en charge de l'arrêt nécessitent une compréhension de cette construction sociale.

Nous avons précédemment identifié dans la littérature plusieurs facteurs qui se positionnent comme des déterminants du sevrage tabagique. Chacun d'entre eux ont été abordés afin d'identifier s'il contribue à la différenciation sociale du tabagisme observée (Merson et al., 2014). Les résultats sont synthétisés dans les tableaux de l'annexe I.

2.4.2.1. Niveau de dépendance

Les niveaux de dépendance à la nicotine (Hyland et al., 2006 ; Siahpush, McNeill, Borland & Fong, 2006) et de craving (Nordgren, Van Der Pligt & Van Harreveld, 2008) représentent des déterminants importants de prédiction des tentatives d'arrêt. Plus ils sont élevés, moins les intentions d'arrêter le tabagisme sont fortes. A travers une étude réalisée dans quatre pays sur plus de huit mille fumeurs, Siahpush et al. (Siahpush, McNeill et al., 2006) ont mis en évidence un gradient social dans la dépendance tabagique selon les niveaux d'éducation et de revenus. L'association du désavantage social caractérisé par un stress psychologique et financier (Marsh & McKay, 1994) à l'attribution d'un effet anxiolytique à leur tabagisme (Parrott, 1999) conduirait à des niveaux de dépendance supérieurs dans les populations de bas niveau socio-économique. Ces fumeurs perçoivent un stress plus important au quotidien. En conséquence, leur consommation de tabac est plus élevée ainsi que leur dépendance à la nicotine. Cette interprétation rejoint les propositions de La Rosa ou Lagrue (La Rosa et al., 2004; Lagrue et al., 2004) pour qui les difficultés quotidiennes jouent un rôle dans la dépendance au même titre que les ruptures biographiques. La dépendance représente un facteur majeur péjoratif de l'arrêt du tabagisme et va conditionner la perception des risques (Orleans et al., 1991), elle-même liée aux intentions comportementales.

2.4.2.2. Cigarette et perception des risques

Une étude menée sur un échantillon représentatif de la population française (Peretti-Watel, 2005) montre que les Français, fumeurs inclus, se considèrent bien informés sur les risques liés au tabagisme. Une majorité perçoit un lien entre tabagisme et cancer (98% chez les fumeurs). Même si des connaissances semblent acquises, des stratégies de déni des risques

sont souvent mises en place chez les fumeurs (Chapman, Wong & Smith, 1993; Oakes, Chapman, Borland, Balmford & Trotter, 2004; Peretti-Watel, Constance et al., 2007; Peretti-Watel & Constance, 2009; Peretti-Watel, Halfen et al., 2007; Yong, Borland & Siahpush, 2005). Certains les relativisent estimant avoir réduit leur consommation en fumant du tabac à rouler ou en fumant des cigarettes légères, d'autres comparent les risques liés à l'arrêt : prise de poids, dépression, mauvaise humeur... Les personnes de bas niveau socio-économique considèrent avoir une durée de tabagisme trop faible pour être exposées aux risques. Oakes et al. (Oakes et al., 2004) ont montré que les fumeurs âgés et ceux présentant un faible niveau d'éducation sont plus susceptibles d'avoir des croyances erronées quant aux risques. Les messages de prévention ont peu d'impact et les risques encourus sont mis à distance (par exemple : beaucoup de médecins fument, ça ne doit pas être si dangereux ; je préfère avoir une vie courte et en profiter qu'une plus longue sans plaisir ; il faut bien mourir de quelque chose ; marcher dans la rue est dangereux, j'ai une bonne alimentation pour compenser les risques...).

Le tabagisme, dans les populations défavorisées, représente un des rares plaisirs accessibles malgré les conséquences sanitaires et budgétaires induites. Une consommation addictogène est autant nocive qu'elle peut présenter un support. Cet argument a été développé dans plusieurs études qualitatives sur des fumeurs d'origine modeste (Bancroft, Wiltshire, Parry & Amos, 2003). Le tabac représente une ressource pour compenser un environnement social précaire : la cigarette trompe l'ennui, la solitude, l'inaction, la faim. Fumer est conforme au jugement qu'un individu en précarité porte sur lui-même (Molimard, 2008) ; Paul et al. (2010) ont ainsi montré que les normes sociales autour du tabagisme sont plutôt favorables à l'usage du tabac dans les groupes sociaux défavorisés contrairement aux groupes plus favorisés. C'est d'ailleurs au sein des groupes les plus défavorisés que la prévalence de fumeurs incoercibles « hard-core smokers » est la plus importante (Augustson & Marcus, 2004). Ces fumeurs, dans le déni des risques, sont totalement réticents au sevrage tabagique, n'ont aucune intention d'arrêter et sont satisfaits de leur état. Les polyaddictions, troubles anxiodépressifs, faibles niveaux de formation et niveaux élevés de précarité sociale sont fréquents.

La perception des risques du tabagisme et les bénéfices associés au sevrage conditionnent également les intentions d'arrêt (Droomers et al., 2004; Hyland et al., 2006; McKee et al., 2005). Les personnes de haut niveau d'éducation, sont moins centrées sur les effets négatifs du sevrage comme une possible prise de poids, le syndrome de manque ou le stress,

contrairement aux personnes de faible niveau pour qui les conséquences négatives semblent plus saillantes (Droomers et al., 2004).

La prise en compte des conséquences à terme d'une consommation tabagique ou l'investissement dans une démarche de sevrage peuvent être coûteuses psychologiquement et/ou physiquement. Elles nécessitent une capacité à se projeter dans le temps. Les contextes de vie difficiles des fumeurs pauvres les enferment dans une existence vécue au jour le jour. L'urgence des situations, les tentatives de mieux-être vont primer sur un bien-être futur éventuel (Constance & Peretti-Watel, 2010; Merson & Perriot, 2011). Ainsi Peretti-Watel et al. (Peretti-Watel et al., 2013) ont montré une corrélation entre une orientation temporelle centrée sur le présent et le tabagisme. Dans la continuité d'autres travaux sur ce sujet (Khawaja, Silverman & Sloan, 2007; Reynolds, Richards, Horn & Karraker, 2004), la perception des risques à long terme de leur consommation serait minimisée du fait du peu de considération envers le futur. Les personnes ayant résisté à la politique d'augmentation du prix tabac semblent également être plus centrées sur le présent (Peretti-Watel et al., 2013). Les explications proposées vont dans le sens des théories économiques où la centration sur le présent ne permet de considérer que le prix d'un paquet de tabac ici et maintenant. Le coût du tabagisme à l'échelle de la vie entière est dévalué (Harris & Harris, 1996). Qu'il s'agisse d'une dévaluation financière ou des risques perçus, l'orientation temporelle semble avoir un rôle majeur à jouer dans le tabagisme et l'accès au sevrage tabagique (Wardle & Steptoe, 2003).

2.4.2.3. Tentatives d'arrêt antérieures

Les comportements passés sont de bons indicateurs des comportements futurs (Ouelette & Wood, 1998, Hall & Fong, 2007). La réalisation de tentatives d'arrêt passées et leur durée sont des facteurs prédictifs d'intention comportementale ou de tentatives de sevrage (Hiscock et al., 2012; Hyland et al., 2006; Lazuras et al., 2012; Reid et al., 2010; West, McEwen, Bolling & Owen, 2001). Dans les populations en situation de précarité ou de bas statut socio-économique, la perception associée à une tentative antérieure est négative lorsqu'elle existe. Ces fumeurs se remémorent un mauvais soutien et considèrent cet essai comme une mauvaise expérience (Pisinger et al., 2011; Reime et al., 2006; Sorensen et al., 2002).

2.4.2.4. Intentions et tentatives d'arrêt

Les différences dans les comportements tabagiques ainsi que les motivations à la consommation de cigarettes laissent supposer des intentions d'arrêt du tabagisme ou des tentatives de sevrage sensiblement différentes. Plusieurs études ont démontré un effet du statut socio-économique. Un bas niveau de diplôme est lié à de plus faibles intentions comportementales et un moindre nombre de tentatives de sevrage (Businelle et al., 2010; Hiscock, Bauld, Amos, Fidler & Munafò, 2012; Nagelhout et al., 2012; Pisinger et al., 2011; Reid et al., 2010; Siahpush, McNeill, Borland & Fong, 2006). Ces effets ne sont pas systématiquement répliqués (Droomers et al., 2004). De même, le statut par rapport à l'emploi semble jouer un rôle (Aubin et al., 2010; Businelle et al., 2010; Fagan et al., 2007), tout comme les revenus (Businelle et al., 2010; Hiscock et al., 2012; Nagelhout et al., 2012; Reid et al., 2010; Siahpush & Carlin, 2006). De faibles revenus renvoient à de plus faibles intentions et tentatives.

La compréhension des différences de tentatives d'arrêt et d'intentions comportementales repose sur une approche explicative des insertions sociales et leur impact sur les individus. Plusieurs mécanismes ont été proposés notamment dans les travaux de Businelle et al. (Businelle et al., 2010) ou de Pisinger et al. (Pisinger et al., 2011). L'environnement où évolue le fumeur, le soutien social, les affects négatifs, le stress ou les capacités d'auto-régulation émotionnelle sont autant de facteurs qui médient la relation entre le statut socio-économique et les tentatives de sevrage. Les affects négatifs, tout comme la présence fréquente de troubles anxiodépressifs (Lagrue, Cormier & Mautrait, 2004), semblent cristalliser les difficultés des conditions de vie et entraîner un moindre désir d'arrêt. De plus, les co-addictions sont plus fréquentes dans les populations précaires en situation de précarité venant compliquer la prise en charge et limiter la probabilité d'une tentative d'arrêt (Augustson et al., 2008; Dawson, 2000; Hymowitz et al., 1997; Kahler et al., 2009; Osler, Prescott, Godtfredsen, Hein & Schnohr, 1999). Nombre de variables influencent donc les intentions de sevrage tabagique.

Le rôle des normes sociales a également été mis en évidence à plusieurs reprises (Biener, Hamilton, Siegel & Sullivan, 2010; Dotinga, Schrijvers, Voorham & Mackenbach, 2005; Droomers et al., 2004; Lazuras, Chatzipolychroni, Rodafinos & Eiser, 2012). Dans les populations défavorisées, le tabagisme revêt un rôle à la fois socialisant (Peretti-Watel & Constance, 2009), de gestion du stress, et identitaire (Lorant, Nguyen, Prignot & Laperche,

2008; Molimard, 2008). Ceci explique probablement un plus grand regret d'arrêter, facteur péjoratif de tentatives d'arrêt (Fong et al., 2004). Les normes dans les populations en difficulté sont plus favorables au tabac (Paul et al., 2010). Les populations les plus défavorisées envisagent donc moins de réaliser une tentative d'arrêt du tabagisme.

2.4.2.5. Facteurs liés à l'arrêt du tabagisme

Des disparités du tabagisme en fonction de facteurs socio-économiques, éducationnels ou sociaux existent. La tendance actuelle va vers une pérennisation des inégalités sociales où la prévalence du tabagisme est particulièrement élevée dans les populations les plus défavorisées (Guignard et al., 2015). Au-delà des politiques actuelles pouvant amplifier ce problème (Niederdeppe et al., 2008), un facteur important réside dans les variations des tentatives de sevrage tabagique (Kotz & West, 2009; Reid et al., 2010; Schaap & Kunst, 2009). Contrairement aux populations présentant un haut statut socio-économique, les fumeurs pauvres envisagent le sevrage tabagique soit pour des raisons financières, soit parce qu'une maladie les obligeant à arrêter a été diagnostiquée (Aubin et al., 2010; Merson & Perriot, 2012; Pisinger, Aadahl, Toft & Jørgensen, 2011). Si une tentative antérieure a été réalisée, elle reste souvent vécue comme une mauvaise expérience. De plus, une absence de soutien de la part des amis ou de la famille lors des tentatives précédentes représente un obstacle supplémentaire (Pisinger et al., 2011; Reime, Ratner, Seidenstücker, Janssen & Novak, 2006; Sorensen, Emmons, Stoddard, Linnan & Avrunin, 2002).

Les motivations, majoritairement financières, sont associées à un regret anticipé du tabagisme plus important (Fong et al., 2004), caractérisé par la perte des effets positifs de la consommation. Cette obligation d'arrêt pour des raisons externes entraînerait des difficultés à une transition d'une identité de fumeur à celle d'ex-fumeur (Vangeli & West, 2012). Le sevrage ne représente donc que contrainte et privation. Les conditions de vie difficiles (économiques, marché de l'emploi instable, isolement), le manque d'accès aux loisirs, un contexte social plus positif à l'égard du tabac sont autant de facteurs en défaveur de l'accès au sevrage tabagique (Fagan et al., 2007; Paul et al., 2010; Stead, MacAskill, MacKintosh, Reece & Eadie, 2001).

Les travaux de Reid et al. (Reid et al., 2010) se sont intéressés à la fois aux intentions comportementales et aux comportements d'arrêt du tabagisme en fonction du statut socio-économique. Leurs résultats montrent qu'un faible nombre de tentatives d'arrêt dans les

populations défavorisées n'est pas dû à de moindres intentions. Il peut être attribué aux mêmes facteurs qui conditionnent les intentions, par exemple un plus mauvais accès à une prise en charge, une représentation négative de l'efficacité de cette aide (Hammond, McDonald, Fong & Borland, 2003; Roddy et al., 2006), une forte dépendance (Hyland et al., 2006) ou la présence de co-addictions. Les comportements passés sont de bons indicateurs des comportements futurs. Les tentatives passées représentent donc des indicateurs du comportement d'arrêt du tabagisme (Hyland et al., 2006).

Le sentiment d'auto-efficacité a été identifié à plusieurs reprises comme modérateur du passage de l'intention au comportement. Dans une certaine mesure, l'auto-efficacité a des effets positifs sur l'arrêt du tabagisme. Il permet à la fois un meilleur contrôle perçu, une moindre réaction aux signaux de l'environnement ou aux affects (Martinez et al., 2010) et une augmentation de la probabilité d'abstinence à 6 mois de l'arrêt (Schnoll et al., 2011). Le craving influence négativement l'auto-efficacité et rend le sevrage plus difficile (Nordgren et al., 2008). Néanmoins, celle-ci semble pouvoir être augmentée par l'utilisation d'outils issus des thérapies cognitives et comportementales (Cupertino et al., 2011 ; Schnoll et al., 2011). Ces constats rejoignent les travaux de Baumeister (Baumeister et al., 2007) où le maintien de l'arrêt nécessite une énergie. L'autocontrôle est comparé à un muscle. Il est donc susceptible de s'épuiser mais aussi d'être « entraîné ». Des niveaux de craving élevés conduiraient à un épuisement rapide de ces ressources pouvant mener à la rechute. Les outils d'aide à l'arrêt consisteraient donc indirectement à développer ces ressources ou en optimiser l'utilisation.

Les études montrent que l'augmentation de l'auto-efficacité en début de sevrage prédit la réussite et non le niveau antérieur au comportement d'arrêt (Schnoll et al., 2011). Un sentiment d'auto-efficacité trop élevé peut être péjoratif à la réussite. Il peut conduire à des buts irréalistes (Nordgren et al., 2008) ou une surestimation du sentiment de contrôle lors du syndrome de sevrage ou du craving (Sayette, Loewenstein, Griffin & Black, 2008). Les niveaux d'auto-efficacité sont inférieurs dans les populations défavorisées. Ils induisent ainsi, moins de tentatives d'arrêt du tabagisme (Businelle et al., 2010).

Un dernier facteur est susceptible de participer à la différenciation sociale dans l'arrêt du tabagisme. Le médecin est un interlocuteur privilégié pouvant participer à la prise de décision d'arrêt. Des recherches longitudinales ont montré qu'un conseil minimal prodigué lors de consultations tout-venant par les praticiens médicaux se répercutait directement sur le nombre de tentatives d'arrêt à 6 mois (Demers et al., 1990). Or, Szklo et al. (2013) ont mis en

évidence que les patients présentant de bas niveaux socio-économiques en bénéficiaient moins. Les raisons évoquées par les médecins reposent sur la justification du tabagisme comme outil compensatoire, unique source de plaisir d'un contexte de vie dégradé. Le non-recours aux soins médicaux dans les populations de bas statut socio-économique apparaît également comme un facteur important.

2.4.2.6. Réussite du sevrage tabagique

Dans le tabagisme, qu'il s'agisse de la consommation, de la dépendance, de la perception des risques ou les motivations, nous avons vu qu'une différenciation sociale existe. Ces différences perdurent lors du sevrage tabagique. Les fumeurs de bas statut socio-économique présentent ainsi des taux de réussite inférieurs (Liliard et al., 2007 ; Biener et al., 2010 ; Hiscock et al., 2011 ; Marti, 2010 ; Bricard & Jusot ; Le Faou, 2002; Merson & Perriot, 2011). Plusieurs explications à ces résultats sont possibles et complémentaires. Tout d'abord, les fumeurs pauvres sont plus dépendants et leurs motivations sont principalement financières ou liées au diagnostic d'une maladie. Ces motivations correspondent dans la littérature à une moindre réussite (Baha & Le Faou, 2010). En effet, elles ne reposeraient donc que sur des contraintes externes les obligeant à interrompre leur consommation (Aubin et al., 2010 ; Merson & Perriot, 2011 ; Rosenthal et al., 2013) et ne permettant pas une modification des croyances, valeurs ou attitudes associées au tabac.

Plusieurs études ont montré que la perception des traitements était plus négative dans ces populations. Ces fumeurs ont tendance à être moins observants et l'accès aux traitements leur est plus difficile. Ainsi, ils participent moins aux programmes de sevrage, doutent de l'efficacité des traitements médicamenteux (Copeland et al., 2010). Lorsqu'ils souhaitent en bénéficier, l'accès à ce traitement est compliqué et ils en sont moins observants (Hiscock, Bauld, Amos, Fidler & Munafò, 2012; Hiscock, Bauld & Judge, 2010; Lagrue et al., 2004; Reid et al., 2010; Roddy et al., 2006; Van Der Rijt & Westerik, 2004). Les normes pro-tabac sont plus saillantes dans ces populations et le soutien social plus faible, créant ainsi un entourage défavorable à la réussite (Biener et al., 2010; Manchón Walsh et al., 2007). Lagrue souligne un point important compliquant la prise en charge (Lagrue et al., 2004). La forte prévalence de troubles anxiodépressifs dans les populations en situation de précarité représente un facteur péjoratif de la réussite et une des principales causes de rechute. Il est nécessaire de les anticiper ou les prendre en charge lors du sevrage tabagique (Lagrue, 2006).

50% des échecs se produisent dans le premier mois suivant l'arrêt. Les principaux motifs sont un manque de motivation ou le souvenir du plaisir, une forte dépendance avec craving, des troubles anxiodépressifs, un stress aigu ou chronique, un environnement défavorable (Laguerre, 2006; Perriot, 2006). Aubin et al. (Aubin et al., 2010) distinguent des motifs différents de rechute selon la durée de l'arrêt. Parmi les rechutes à court terme (lors du premier mois), les raisons invoquées sont principalement dues au craving et aux symptômes du manque (anxiété, irritabilité). D'autres interviennent dans les rechutes plus tardivement (1 an). En cela, la dépression et la prise de poids deviennent des facteurs de rechute, confirmant ainsi l'impact des effets secondaires du sevrage tabagique dans la rechute (Perriot, 2006; Sachs, 1993).

2.4.3. Modèles comportementaux

L'étude du changement a toujours représenté un intérêt en psychologie et ce, de manière transversale. La psychologie expérimentale s'y est intéressée dans le contexte du conditionnement opérant, la psychologie clinique dans la recherche des modes d'intervention sur les troubles du comportement, la psychologie sociale dans l'étude de la formation et de la modification des attitudes et croyances. En vue d'inscrire la tabacologie clinique dans une démarche psychologique, Noël (2004) propose d'aborder ces axes selon deux dimensions dialectiques : centrées sur la pensée ou sur l'action, qui adoptent une stratégie convergente ou divergente.

Ainsi, quatre types de modèles émergent pour définir le changement. Une des principales approches, orientée vers la pensée, consiste à se centrer sur le changement des valeurs (opinions, croyances, attitudes) en vue de changer le comportement. Ces modèles cartésiens présupposent que la pensée contrôle l'action. Ils reposent essentiellement sur les aspects cognitifs. Dans l'arrêt du tabac, cela s'illustre par des stratégies où l'on cherche à convaincre un fumeur des méfaits du tabac pour que s'ensuive l'arrêt.

De manière opposée et centrée sur l'action, la psychologie comportementale a postulé que les actes façonnent les systèmes de valeur relatifs. Les techniques de prise en charge consistent donc à amener un individu à réaliser des actes hors de son système de valeur afin que celui-ci se réaménage, dans le sens d'une justification ou de rationalisation (Joulé et Beauvois, 1987). Retarder l'heure de la première cigarette, réduire sa consommation ou accepter une abstinence de courte durée augmente la probabilité de réalisations plus coûteuses dans le futur. Néanmoins, si cette succession d'engagements conduisant à l'arrêt semble séduisante, elle

laisse de côté les dimensions neurobiologiques de l'addiction. En effet, par un phénomène d'auto-titration (Lejoyeux, 2013), même en réduisant sa quantité de cigarettes, la modification de la fume (e.g. inhalation plus profonde) conduit à absorber une quantité équivalente de nicotine et entretenir la dépendance.

Parallèlement, les deux autres méthodes consistent à mettre en avant les contradictions ou une opposition dynamique. Orienté vers la pensée, l'objectif sera la mise en évidence de contradictions internes dans l'acte de fumer. Par exemple, un fumeur peut valoriser une indépendance personnelle mais se trouve dans l'obligation de faire de nombreux kilomètres un dimanche soir pour trouver un bureau de tabac ouvert. La centration sur l'action consistera à mettre en place des comportements qui s'opposent avec le maintien de la consommation (e.g. faire du sport).

Ces modèles sont tous plus ou moins utilisés, de manière consciente ou non dans les consultations d'aide à l'arrêt du tabagisme. La recherche de compréhension de l'édification comportementale a ainsi été étudiée de plusieurs manières selon différents ancrages théoriques mais souvent complémentaires.

2.4.3.1. Personnalité

Sans rediscuter l'organisation factorielle de la personnalité en 3, 5 ou 16 dimensions (Eysenck, 1991), les approches structurelles la concernant ont fait l'objet de nombreux travaux dans le domaine des addictions. Les modèles utilisaient principalement une organisation en cinq facteurs de la personnalité proposée par McCrae et Costa (1987) :

- Ouverture à l'expérience
- Caractère Consciencieux
- Extraversion
- Agréabilité
- Névrosisme

Dans la continuité des travaux d'Eysenck (1967), les résultats ont montré un lien entre tabagisme, extraversion et l'instabilité émotionnelle, ainsi qu'entre tabagisme et recherche d'un niveau optimal d'activation (Zuckermann et al., 1990 ; Carton et al., 1994). Il apparaît que les fumeurs ont des niveaux d'extraversion supérieurs, ils sont plus instables émotionnellement et impulsifs. Ils recherchent davantage de stimulation. Ils présentent des niveaux inférieurs en agréabilité et en conscienciosité (Terraciano & Costa, 2004 ; Malouff,

Thorsteinsson & Schutte, 2006 ; Munafo & Black, 2007). L'explication du tabagisme selon les profils de personnalité reposerait sur les effets paradoxaux de la nicotine, à la fois calmante et stimulante. Les fumeurs l'utiliseraient ainsi pour équilibrer et réguler leur personnalité.

Ces modèles se situant uniquement dans une perspective centrée sur l'individu ont rapidement atteint leurs limites car ils ne s'intéressent pas à son histoire ou le contexte dans lequel il évolue. Les applications semblent se situer plutôt dans une approche thérapeutique centrée sur le choix des traitements (Terracciano et al., 2008).

2.4.3.2. Modèle transthéorique

Pour pallier les manques des théories de la personnalité dans la compréhension du tabagisme et de l'arrêt, les travaux réalisés à la suite de ceux de Prochaska (1979) ont consisté à les inscrire dans une perspective dynamique. Ce modèle reste encore largement utilisé dans la pratique clinique en tabacologie et recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2014). Des études longitudinales (DiClemente & Hugues, 1990 ; DiClemente et al., 1991) ont montré qu'il était possible d'organiser l'état décisionnel d'un fumeur en différents stades, ceux-ci étant associés avec des attitudes, comportements distincts ainsi que des probabilités différentes de succès dans l'arrêt. Ces stades, au nombre de cinq (Figure 12), renvoient à une maturation décisionnelle :

- Le stade de la non-motivation (ou pré-intention) : les fumeurs qui n'envisagent pas d'arrêter
- Le stade de contemplation : les fumeurs qui envisagent l'arrêt dans les 6 mois mais qui n'ont pas fait de tentative concrète
- Le stade de la préparation : les fumeurs qui envisagent d'arrêter dans les trente jours et ayant tenté d'arrêter au moins une fois au cours de l'année écoulée
- Le stade d'action : les individus qui ne fument plus et qui ont arrêté depuis moins de 6 mois
- Le stade de maintenance : les individus qui ne fument plus depuis plus de 6 mois

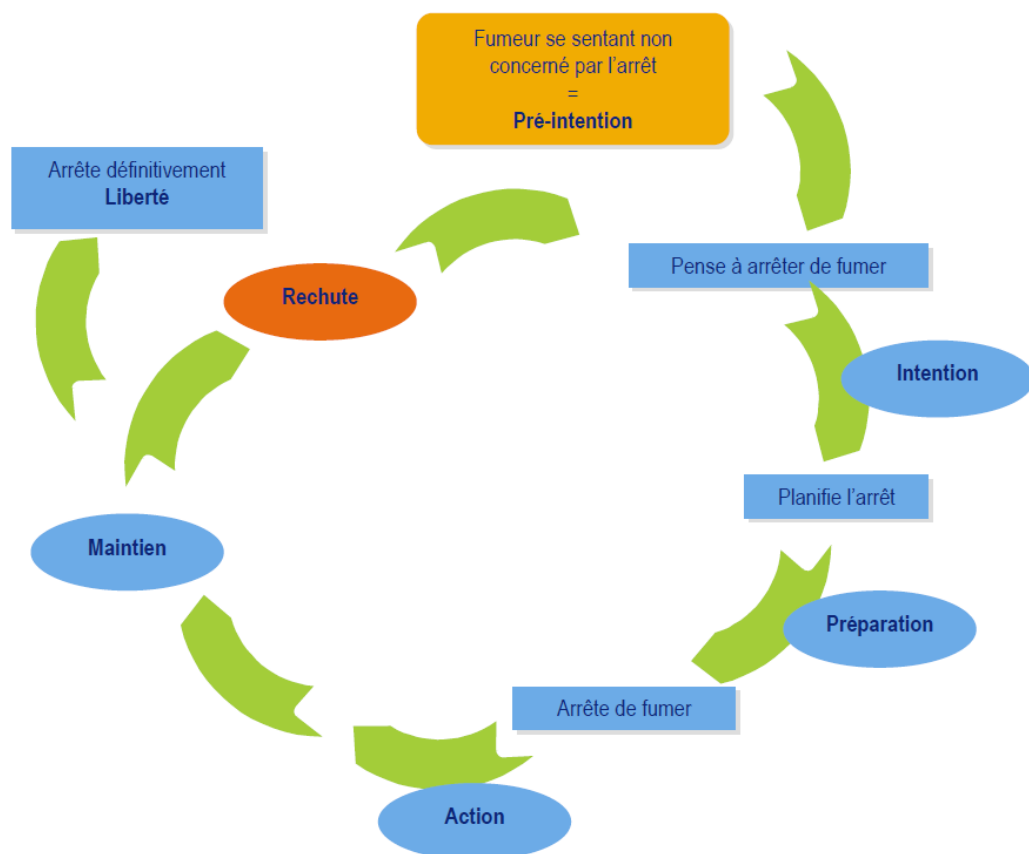


Figure 12 : Représentation schématique du modèle transthéorique

Si la description des stades ainsi que le schéma laissent penser à une organisation linéaire, le déplacement oscille entre ces différents stades. Il s'agit donc principalement d'un modèle descriptif et non pas explicatif. Une étude (Carbonari et al., 1999) s'est intéressée aux probabilités de transition entre les stades sur un intervalle de 6 mois (Figure 13).

T / T + 6 mois	NM	E	PA	A	M
Non motivation	0,611	0,273	0,052	0,064	0,000
Espérance	0,140	0,609	0,161	0,084	0,006
Préparation	0,054	0,277	0,535	0,115	0,019
Action	0,025	0,076	0,182	0,252	0,465
Maintenance	0,017	0,003	0,055	0,069	0,856

Figure 13 : Probabilités de transition sur 6 mois entre les stades du modèle transthéorique

Il apparaît ainsi que les probabilités de transition sont relativement stables et que finalement, celle de rester dans le même stade que celui où le fumeur se trouve est la plus élevée. Ce

résultat souligne une inertie importante du comportement tabagique qui semble se construire dans le temps. La progression semble également ne pas être linéaire. Une fois au stade préparatoire, un fumeur a une probabilité supérieure de revenir en arrière que de passer à l'action mais une fois ce cap franchi, un non-fumeur de longue durée a une probabilité élevée de le rester.

Bien qu'utilisé couramment en pratique clinique et recommandé par des instances officielles, ce modèle fait l'objet de nombreuses critiques qui remettent en question sa validité, notamment ce que représentent réellement les stades de changement ou comment s'opère la transition entre eux (Sutton, 2001). West (2005) décrit quatre limites principales à ce modèle qui ne représente finalement qu'un outil rassurant pour les praticiens en permettant le classement des patients.

Tout d'abord, il remet en question la définition même de stade et leur découpage arbitraire dans le processus de changement. Ces stades renvoient uniquement à la probabilité des fumeurs de penser à arrêter leur consommation. Dans un second temps, ce modèle repose sur le principe selon lequel les choix sont stables et cohérents or des études ont mis en évidence le caractère instable des intentions d'arrêt dans le sevrage tabagique (Hughes et al., 2005). Une troisième critique concerne le manque de cohérence des indicateurs utilisés dans la définition des stades. Ils dépendent en effet de construits intervenant différemment dans la sphère motivationnelle (e.g. temps écoulé depuis l'arrêt, nombre de tentatives antérieures, intention). Enfin, ce modèle se base sur des prises de décision conscientes reposant sur la planification laissant de côté par exemple le rôle des habitudes (Baumeister et al., 1994 ; Mook, 1996 ; Salamone et al., 2003) ou les conditionnements positifs et négatifs (Robinson & Berridge, 2003). Somme toute, ce modèle ne repose donc pas sur le concept d'addiction (West, 2006).

2.4.3.3. La théorie du comportement planifié

Dans la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985), l'environnement social joue un rôle indirect dans l'adoption des comportements. Ainsi, un individu est influencé par des normes subjectives, c'est-à-dire les perceptions liées au fait que les autres significatifs pour lui approuvent le comportement visé. Ces normes, les attitudes propres de l'individu, vont avoir un impact sur les intentions comportementales qui représentent selon Ajzen et Fishbein (1975), le déterminant principal du comportement. De manière complémentaire, ce modèle inclut le contrôle comportemental perçu qui influe à la fois sur les intentions et le

comportement effectif. Cette dernière repose sur les ressources personnelles mais aussi les déterminants environnementaux.

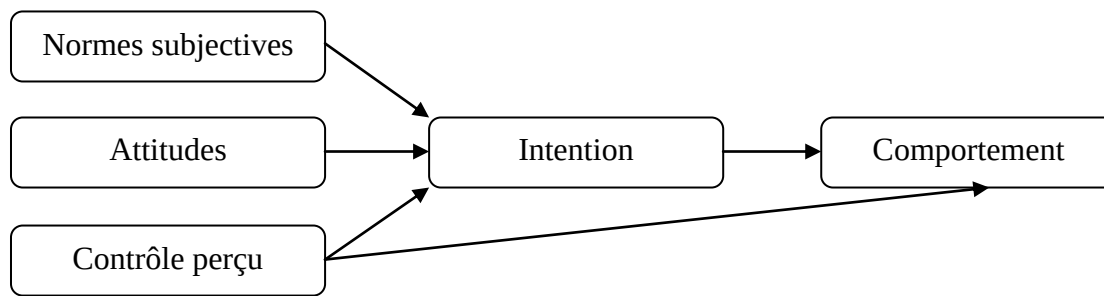


Figure 14 : Représentation du modèle du comportement planifié

Les principales critiques concernant ce modèle reposent sur la faiblesse de la prédiction des comportements effectifs. Plusieurs auteurs (Webb & Sheeran, 2006 ; Sutton, 1998) ont mis en évidence que les intentions comportementales sont bien prédites par ce modèle mais que la transformation de l'intention en comportement effectif reste en grande partie mal expliquée. En effet, ces modèles expliquent en moyenne entre 40 et 50% de la variance des intentions et seulement entre 19 et 38% des comportements effectifs (Sutton, 1998).

Les applications de ce modèle au sevrage tabagique n'ont pas été concluantes. Même s'il apparaît être un bon prédicteur de l'intention comportementale expliquant 50% de la variance (Norman et al., 1999), Godin et ses collaborateurs (1992) ont montré que le contrôle perçu vis-à-vis du comportement s'avère être le meilleur prédicteur. De plus, si l'intention peut prédire raisonnablement les tentatives d'arrêt dans les 6 mois, la durée de la tentative demeure imprévisible.

Comme dans les modèles présentés précédemment, un fumeur ayant réalisé une tentative d'arrêt antérieure est perçu comme différent de celui qui souhaite arrêter pour la première fois. Ces tentatives antérieures ont été intégrées à plusieurs reprises comme un facteur complémentaire (Norman et al., 1999 ; Hoie, Moan & Rise, 2010 ; Falomir & Invernizzi, 1999 ; Moan & Rise, 2005) et s'est avéré être un déterminant majeur des tentatives d'arrêt.

Afin de renforcer la compréhension des comportements, les parts de variance non expliquée par ce modèle, plusieurs auteurs suggèrent de prendre en compte d'autres éléments dans le cadre d'un modèle théorique intégrateur (Baranowski et al., 1998). Godin (2002) propose ainsi de prendre en compte l'environnement social en tant que déterminant à la fois, des attitudes, normes sociales et contrôle perçu, mais également comme modérateur du lien entre intention et comportement.

2.4.3.4. Prime

Plus récemment, devant les limites de la plupart des modèles, West (2006) a proposé une théorie synthétique de l'addiction (Figure 15 et 16). Pour cet auteur, l'addiction est d'abord un construit social. Il s'agirait d'une manifestation comportementale d'une maladie chronique du système motivationnel dans lequel les comportements de recherche de sensation sont devenus hors de contrôle. L'addiction affecterait les choix que nous faisons mais en intervenant sur un attachement émotionnel à l'objet d'addiction, sur l'identité, des pulsions conscientes et non-conscientes ou les habitudes. La compréhension de l'addiction reposerait donc sur la compréhension du système motivationnel.

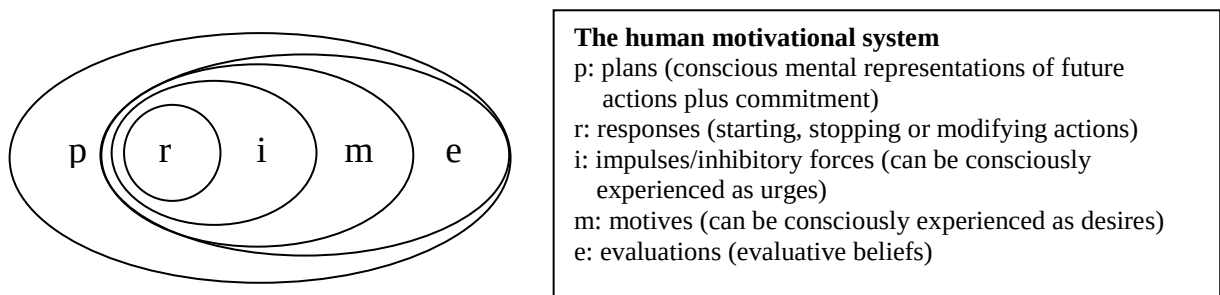


Figure 15 : Représentation schématique du modèle PRIME

Selon cet auteur qui a synthétisé les différentes théories de la motivation (Mook, 1996), cinq niveaux de complexité sont susceptibles de dysfonctionner dans le cas des addictions :

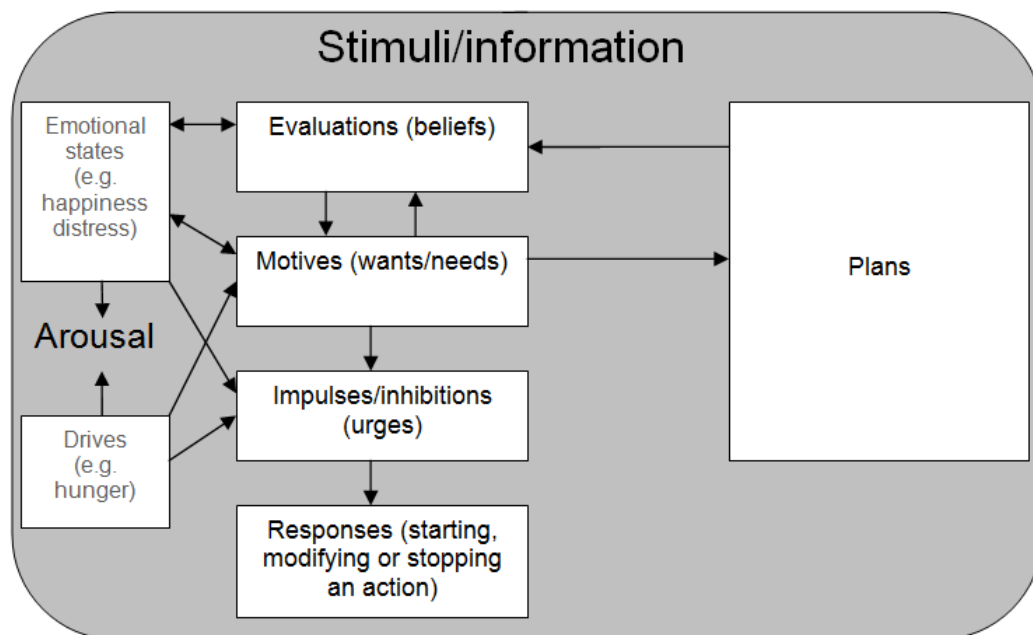


Figure 16 : Modèle PRIME

- Les réponses réflexes (Responses) : il s'agit du niveau le plus simple de motivation. Elles peuvent être influencées directement par les stimuli à travers des processus de bas niveau comme les réflexes mais peuvent aussi être influencées par les pulsions et inhibitions.
- Les forces pulsionnelles et inhibitrices (Impulses/inhibitory forces) : elles constituent le niveau supérieur et permettent de générer une force qui contribue au début, à la modification ou l'arrêt d'une action. Elles sont générées par des informations/stimuli internes et externes, des pulsions ou états émotionnels et des instructions émanant des niveaux supérieurs du système motivationnel.
- Les raisons (Motives) : ce niveau de complexité permet la prise en compte des conséquences possibles des actions. Lorsqu'elles deviennent conscientes, elles sont perçues comme un désir ou un besoin. Elles renvoient à une représentation mentale à laquelle se rapporte un degré de valence. Elles sont générées par les pulsions, la mémoire des états émotionnels et les évaluations. Les expériences passées jouent donc un rôle central dans leur genèse.
- Les évaluations (Evaluations) : elles renvoient aux croyances associées. Elles n'influencent donc pas directement les comportements mais les raisons soit directement en générant des représentations perçues comme attractives ou repoussantes, soit indirectement en générant des états émotionnels.
- L'organisation (Plans) : il s'agit du niveau le plus complexe du système motivationnel. Il est activé lorsque les évaluations ou raisons ne peuvent être sollicitées dans l'immédiat pour diverses raisons. Ce sont des représentations mentales d'actions ou séquences d'actions dépendant les unes des autres.

Cette vision de la motivation remet en cause l'organisation en stades de changement. Elle serait plutôt instable et dépendante de l'environnement immédiat. S'il est trop récent pour valider ou non l'efficacité de ce modèle, il offre ainsi un ancrage théorique aux praticiens de terrain ainsi que des outils d'accompagnement au sevrage (McEwen & West, 2010). Ce modèle, comme les précédents ne s'intéresse pas directement à l'ancrage temporel des comportements mais celui-ci nous paraît, malgré tout, présent de manière sous-jacente.

2.4.3.5. Autorégulation temporelle

West (2006) propose une théorie synthétique de l'addiction qui se base sur l'environnement social, l'autorégulation et prend en compte les comportements passés ainsi que la définition de plans d'action en vue de l'arrêt. Le modèle de l'autorégulation temporelle (Hall & Fong, 2007, 2013) présente un certain nombre de similitudes avec ce dernier mais il précise les bases temporelles du comportement. Il pose également des liens entre les capacités d'autorégulation et les bases neuro-anatomiques.

Ce modèle (Figure 17) inclut un ancrage temporel des comportements aux modèles comportementaux couramment utilisés comme la théorie de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980), la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) ou le modèle PRIME (West, 2006). Il s'appuie tout d'abord sur les bases biologiques des capacités d'autorégulation, sur une base temporelle dans la compréhension des comportements ainsi que sur la place de l'individu dans son environnement. La formation des intentions repose sur une approche temporelle des croyances et valeurs associées au comportement. Les auteurs proposent que la force de l'association entre les intentions comportementales et les comportements est modérée par des variations dans les capacités d'autorégulation et par les expériences comportementales passées. Ils soulignent également l'importance des expériences passées et le fait que l'adoption d'un comportement dépend de l'environnement physique et social et son ancrage temporel.

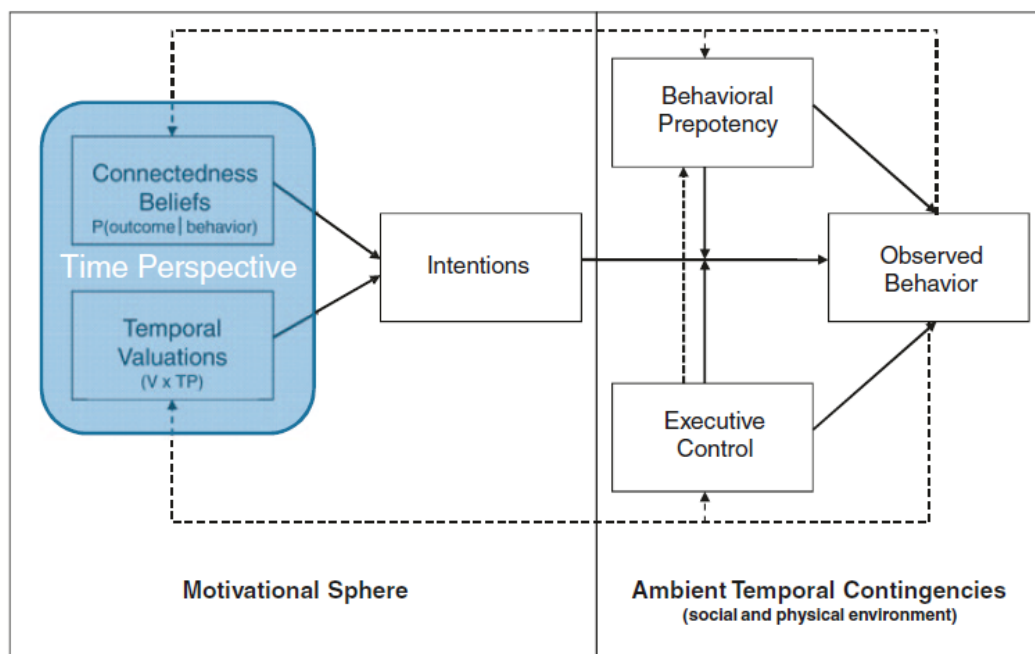


Figure 17 : Modèle de l'autorégulation temporelle, d'après Hall & Fong (2007)

Dans cette perspective (Hall & Fong, 2007), l'engagement dans un comportement dont les effets positifs sont distants temporellement s'appuie sur la combinaison de facteurs biologiques, cognitifs et sociaux. Plus spécifiquement, les bases biologiques des capacités d'autorégulation (e.g. cortex préfrontal et cingulaire antérieur), les variables sociocognitives telles que les croyances définissant la connexion entre les comportements présents et conséquences futures, les valeurs associées à ces conséquences temporellement éloignées sont autant de paramètres intervenant dans la compréhension des comportements orientés vers le futur.

La sphère motivationnelle, à l'origine de la formation des intentions comportementales repose principalement, dans ce modèle, sur la probabilité d'apparition d'une conséquence et des valeurs qui y sont associées.

Deux facteurs vont venir modérer le lien entre l'intention et le comportement : la prépotence comportementale (« *behavioral prepotency* ») qui peut se définir comme la fréquence d'un comportement passé et/ou la présence de signaux d'action (« *cues* ») dans l'environnement, ainsi que les capacités d'autorégulation. De plus, ces facteurs influenceraient aussi directement les comportements. Par exemple, l'habitude de réaliser un comportement et des signaux de l'environnement favorables à sa réalisation augmenteront la probabilité qu'il se produise à nouveau même en l'absence d'intention. De manière similaire, de faibles capacités d'autorégulation peuvent moduler sa probabilité d'apparition selon les éventualités immédiates fournies par l'environnement. Lorsque les coûts et bénéfices associés à un comportement ne sont pas disjoints temporellement, la modulation des capacités d'autorégulation et de prépotence comportementale sera très faible voire nulle. A l'inverse, lorsque les coûts sont plus proximaux que les bénéfices (ou l'inverse), l'effet modérateur sera d'autant plus marqué que la disjonction temporelle sera importante, ce scénario étant généralement le plus commun dans les comportements de santé.

Si ce modèle, dans son intégralité, n'a pas été appliqué au sevrage tabagique, il n'en demeure pas moins que plusieurs études et recherches complémentaires lui apportent du crédit. Celles menées dans le cadre du groupe ITC (International Tobacco Control ; Hall et al., 2012, 2014 ; Sansone et al., 2013) positionne le rapport au temps comme une variable influençant les intentions comportementales. La dimension d'autorégulation repose sur des bases neurobiologiques altérées par les consommations de substances psychoactives (Reynaud, 2006). Dans ce modèle, elle intervient dans le passage de l'intention au comportement.

2.4.3.6. Une inscription temporelle

Cette illustration des inégalités sociales de santé appliquée au tabagisme et à l'arrêt montre la complexité de l'individu en contexte. L'arrêt repose sur bien plus que la distribution d'un traitement d'aide à l'arrêt. Les composantes psychosociales sont des facteurs majeurs autant que les aspects neurobiologiques. Pour aller plus loin, ils s'inscrivent probablement dans un rapport d'interdépendance. Il est facile d'imaginer que les caractéristiques biologiques vont conditionner les réponses à l'environnement. Réciproquement, la consommation induit de nombreuses conséquences somatiques. De plus, les travaux portant sur l'épigénétique ont montré que l'environnement et l'histoire personnelle influencent l'activité génétique (Francis, 2011). En cela, les inégalités sociales de santé ne se limitent pas à l'augmentation de la prévalence de certaines maladies. Elles sont susceptibles de s'inscrire durablement dans le patrimoine génétique des individus. Comme le soulignait Bourdieu (1977), le corps est un produit social dont l'habitus se perpétue au-delà des conditions sociales et qui serait principalement transmis par l'éducation. Dans cette optique, ce marquage pourrait s'inscrire intergénérationnellement dans le patrimoine génétique. Sans aller aussi loin, les travaux de Kelly-Irving et al. (Kelly-Irving, Mabile, Grosclaude, Lang & Delpierre, 2013), dans une approche transdisciplinaire, se sont intéressés de manière explicative à l'impact des expériences néfastes durant l'enfance sur le développement ultérieur de cancers. Ils ont pu mettre en évidence l'existence d'un risque de développer un cancer suite à ces événements via des chemins biologiques, sociaux et psychosociaux. Les raisons évoquées pour expliquer ces liens reposent sur l'activation de certains circuits cérébraux en raison du stress, la dépression ou l'isolement social. Il conduirait à des niveaux hormonaux dont des liens ont été établis avec la tumorigénèse (Antoni et al., 2006). Ces liens restent médiatisés par l'environnement immédiat et les modes de vie adoptés mais montrent l'incorporation des événements de vie.

Le tabagisme, autant que la précarité repose sur une notion de trajectoire. Il est un objet social inscrit dans le temps, porteur de sens et fondateur d'identité. Il se base sur un apprentissage social, se renforce par des mécanismes sociaux et biologiques. L'arrêt suppose la possibilité de mettre en balance autant que faire se peut, les bénéfices-risques réels qui s'inscrivent dans le temps. La construction des inégalités se fait également dans le temps. Il en résulte à un instant donné un fumeur. Autant qu'il s'inscrit dans un contexte sociétal et social, il est porteur d'une histoire qui l'a conduit à ce qu'il est. Il existe au présent mais de ce présent dépend un futur réel, imaginé ou non. Ce présent oriente la perception de son histoire qui ne

peut être qu’empreinte de subjectivité. Les travaux de Zimbardo & Boyd (1999) ont mis ce temps personnel en perspective. Appliqué au tabagisme, il en ressort des comportements d’arrêt et des consommations différenciées. Ce rapport au temps est directement impliqué dans les modes de consommation (Keough et al., 1999), rapports au produit, dans la perception des risques ou la projection dans un soi non-fumeur. Les mécanismes sous-jacents portés par ces différents paramètres lui font revêtir un statut clé dans l’analyse explicative des inégalités sociales de santé. Pour Singh-Manoux et Marmot (2005), le rapport au temps pourrait ainsi se positionner comme un médiateur des liens entre le niveau socio-économique et la santé.

Ainsi, la majorité des modèles que nous avons présentés précédemment trouvent leur limite dans l’absence de prise en compte des dimensions temporelles (Sniehotta et al., 2014). Nous avons vu que, dans le cas de l’arrêt du tabagisme, le modèle du comportement planifié a été étendu en prenant en compte les tentatives d’arrêt antérieures. Ce point cristallise également les critiques adressées au modèle transthéorique. Il s’agit plus d’un classement de la population qu’une approche explicative de la maturation du comportement même si cette notion sous-tend une évolution lors du temps. Les modèles PRIME ou intégrateur considèrent l’édification comportementale dans un environnement donné qui intervient sur la motivation et l’intentionnalité. Néanmoins, cet effet de l’environnement immédiat n’est pas expliqué. Il ne s’agit donc pas, là encore, d’étudier le comportement dans le présent sans prendre en compte les facteurs ayant pu influencer, entre autres les attitudes, sentiment d’auto-efficacité. Le modèle de l’autorégulation temporelle est le seul à ancrer temporellement cette édification comportementale, tout en prenant en compte les caractéristiques environnementales.

2.5. Synthèse

Nous avons vu dans la partie précédente qu’il existe une différenciation sociale du tabagisme. Celle-ci renvoie de manière plus générale aux inégalités sociales de santé. Plusieurs modèles proposés en santé publique tentent de les analyser afin de proposer les interventions les mieux adaptées. Néanmoins, ces modèles reposent principalement sur une approche environnementale proximale n’intégrant pas l’impact que celui-ci peut avoir sur l’individu ou l’importance de la socialisation. C’est en cela qu’une approche psychosociale devient complémentaire, notamment grâce aux travaux réalisés sur la précarité.

Appliquées au tabagisme, nous avons finalement pu constater que les interventions de santé publique mises en œuvre peuvent avoir un effet délétère, pérennisant les inégalités sociales de santé. Pour cela, nous avons pris l'exemple des campagnes de prévention du tabagisme, moins efficaces dans les populations en situation de précarité, ou l'augmentation du prix du tabac qui pénalise de manière plus importante les personnes présentant les plus faibles revenus. L'ensemble de ces interventions peut mener finalement à un renforcement identitaire voire une dégradation des conditions de vie des fumeurs les plus défavorisés.

Le tabagisme est perçu différemment selon les classes sociales et il s'inscrit dans une perspective historique personnelle. Il en est donc de même pour l'arrêt du tabac. Celui-ci est perçu plus positivement dans les populations présentant un faible niveau socio-économique et les bénéfices de la consommation sont supérieurs à ceux de l'arrêt. Dans ce sens, ces fumeurs tentent moins d'arrêter. Lorsqu'ils le font, les motivations sont plutôt externes et les facteurs tabagiques associés à la réussite sont défavorables.

Pour analyser l'édification du comportement d'arrêt, nous avons présenté un certain nombre de modèles utilisés dans la littérature. Les plus récents, tels que le modèle de l'autorégulation temporelle, intègrent la dimension temporelle qui apparaît ainsi comme un facteur déterminant.

Précarité et tabagisme, l'intérêt d'une approche temporelle

Si la question du temps apparaît comme centrale dans le tabagisme, il convient d'ancrer théoriquement ce concept et définir ce que l'on souhaite étudier précisément. En son temps, Saint Augustin s'interrogeait sur ce sujet : « *Qu'est-ce donc que le temps ? Si personne ne m'interroge, je le sais ; si je veux répondre à cette demande, je l'ignore. [...] Ces deux temps, le passé et l'avenir, comment sont-ils, puisque le passé n'est plus, et que l'avenir n'est pas encore ?* ». En psychologie, les premiers travaux sur le temps le considéraient déjà comme une notion majeure servant de cadre à l'expérience, mettant en perspective le passé et le futur par leur existence au présent (James, 1890). L'objectif, dans ce travail, est d'aborder le marquage temporel du tabagisme et du sevrage sous le prisme d'un individu inséré socialement. Il n'est donc pas question d'appréhender le temps comme une notion abstraite et générale. Il s'agit d'étudier le temps à travers sa présence cognitive, socialement régulée, qualifiée de perspective temporelle que nous présenterons dans ce chapitre.

1. La perspective temporelle

1.1. Définition, composantes et fonctions

1.1.1. Définition

L'analyse de la temporalité passe par l'étude du passé et du futur à partir du présent. La profondeur de cette perspective temporelle en est une caractéristique importante. Elle intervient ainsi sur l'ensemble du champ psychologique et va contribuer à déterminer les comportements et leur attribuer une signification. Les événements passés ou attentes futures n'ont d'importance que par leur existence dans le champ psychologique contemporain des individus et des groupes (Lewin, 1943). C'est par l'actualisation au sein du champ psychologique que les événements passés peuvent jouer un rôle sur les cognitions ou

comportements. Cette actualisation va dépendre de l'intégration générative et fonctionnelle de l'événement qui modifie l'ensemble du champ et donc l'événement lui-même. En cela, le futur ne diffère pas du passé. Ces deux dimensions représentent des composantes du champ psychologique contemporain. La dimension temporelle, dans la théorie de Lewin occupe donc une place essentielle. « *L'espace de vie d'un individu, loin d'être limité à ce qu'il considère comme la situation présente, inclut le futur, le présent, et également le passé. Les actions, les émotions, et certainement l'état d'esprit d'un individu à chaque instant dépendent de sa perspective temporelle totale.* » (Lewin, 1942). Lewin la définit comme « *la totalité des points de vue d'un individu à un moment donné sur son futur psychologique et sur son passé psychologique* ».

La théorie du champ, proposée par Lewin (1942) soutient que tous les phénomènes psychologiques ne peuvent être expliqués ou étudiés indépendamment les uns des autres. Elle s'inspire de la psychologie de la forme (Gestalt) qui a émergé en Allemagne au début du XXème siècle et s'éloigne ainsi de la psychologie behavioriste dominante. Dans cette optique, l'ensemble des faits psychologiques doit être considéré comme existant à un moment donné pour un individu ou un groupe. L'étude du comportement et des états psychologiques requiert l'examen des faits tels qu'ils existent pour les individus ou le groupe. L'individu et son environnement ne sont pas indépendants mais interdépendants. L'environnement, tel qu'il est construit au niveau psychologique est déterminé par l'état de la personne, tout comme l'état de la personne sera déterminé par l'environnement.

Les travaux de Zimbardo et ses collaborateurs (Gonzales & Zimbardo, 1985 ; Zimbardo et al., 1997 ; Keough, Zimbardo & Boyd, 1999) s'inscrivent dans la continuité de cette approche du temps selon laquelle la perspective temporelle serait un processus fondateur inconscient des fonctionnements sociétaux et individuels. Elle représenterait une partie intégrante de l'expérience personnelle ou subjective du temps vécu, et le moyen par lequel les individus mettent en relation les expériences passées, présentes et futures (Boniwell & Zimbardo, 2004). Le rapport au présent s'établit en lien avec la construction psychologique du passé et l'anticipation des événements futurs. La présence du passé, présent et futur représente un construit psychologique disposant de composantes cognitives, émotionnelles et sociales. Celles-ci reposeraient sur la formation et la régulation de la perspective temporelle qui dépend de la socialisation, des valeurs culturelles, de l'éducation, du statut social ou des modèles familiaux (Zimbardo & Boyd, 1999). Pour ces auteurs, la perspective temporelle

entretenirait des rapports d'interdépendance dynamique aux situations. Les situations peuvent l'influencer, et les situations vont être vécues et interprétées en fonction de la perspective temporelle des groupes et individus. Il s'agit donc d'une expression du système de signification qui va permettre aux individus de donner de la cohérence aux expériences vécues (Boniwell & Zimbardo, 2004).

Cette conceptualisation renvoie à un construit psychologique multidimensionnel correspondant à la présence de trois registres temporels interdépendants et qui va conditionner les représentations, perceptions et actions des individus vis-à-vis de la réalité.

Bien qu'elle dépende de facteurs situationnels, la perspective temporelle peut s'établir comme une caractéristique dispositionnelle individuelle stable quand un registre temporel devient prédominant dans le champ psychologique d'un individu (Zimbardo & Boyd, 1999). Elle doit donc être étudiée à la fois comme une caractéristique des individus permettant de prévoir comment celui-ci réagira dans différentes situations.

1.1.2. Les composantes de la perspective temporelle

Les différentes dimensions de la perspective temporelle reposent sur des composantes qui y sont associées et qui rendent possible son étude. Wallace et Rabin (1960) en proposent une définition. Selon eux, la projection du soi dans les dimensions temporelles caractérise l'intérêt majeur de l'étude de la perspective temporelle. Elle concerne à la fois l'extension, la cohérence et l'orientation dans le temps. Ces distinctions servent de base à de nombreux auteurs comme Hoornaert (1973) qui propose quatre composantes. L'orientation temporelle se définit par la prédominance d'une dimension temporelle. L'extension temporelle correspond à la distance des éléments du passé ou du futur. La cohérence représente la probabilité de réalisation des éléments de la perspective temporelle future ainsi que les liens qui unissent passé, présent et futur. Enfin, la notion de densité concerne le nombre d'éléments distincts présents dans les différents registres temporels. Plus récemment, Zimbardo et Boyd (1999) distinguent trois dimensions d'étude. Comme précédemment, l'orientation temporelle concerne la prédominance chez un sujet pour une dimension temporelle. L'extension temporelle renvoie à la profondeur passée ou future dans laquelle il se projette. Enfin, l'attitude temporelle correspond à la valence associée aux différents registres qui composent la perspective temporelle.

Elle apparaît comme un construit cognitif multidimensionnel et ses composantes cherchent à comprendre à quoi correspond la présence cognitive du temps. Cette compréhension est d'autant plus compliquée que la multidimensionnalité des composantes se double de la nécessité de prendre en compte les registres temporels passé, présent et futur.

1.1.3. Les fonctions de la perspective temporelle

Si les composantes de la perspective temporelle sont multidimensionnelles, une meilleure compréhension passe par la définition de ses fonctions dans la vie psychologique. Elle joue tout d'abord un rôle central dans l'édification comportementale. Elle constitue une dimension sous-jacente à l'engagement dans des pratiques par son intervention dans la dynamique motivationnelle mais également dans son rôle cognitif pour l'élaboration des intentions. En cela, elle intervient dans la mise en présence d'objets-buts et dans leur représentation cognitive par l'interaction entre les caractéristiques temporelles de l'objet et les orientations et attitudes temporelles individuelles (Nuttin & Lens, 1985).

Elle représente également une dimension centrale dans le rapport à soi et à l'identité car la perspective temporelle va réguler ses aspects formels ainsi que les contenus. Elle va également intervenir dans les altérations du rapport à soi et dans l'émergence de troubles psychologiques, la dégradation de la qualité de vie et du bien-être (Fieulaine et al., 2006 ; Drake et al., 2008).

Elle participe à l'élaboration de sens liés au soi en rapport aux expériences et situations et dans les processus d'ajustement et d'adaptation à ces dernières. Elle contribue à déterminer leurs significations et conséquences pour les individus et les groupes. Ainsi, elle s'inscrit comme une variable médiatrice des liens entre les expériences et situations, leurs significations ou conséquences (Fieulaine, 2006).

Fieulaine (2006) définit que la perspective temporelle intervient dans l'orientation et l'organisation des comportements, dans la perception d'objets temporellement marqués, dans l'élaboration et le maintien d'une image de soi, dans le rapport de signification que les individus entretiennent à leur existence, et dans les modes d'ajustement ou de gestion cognitive des expériences. Il s'agit donc d'un construit psychologique faisant intervenir des composantes motivationnelles, cognitives et affectives ou émotionnelles.

1.1.4. Approche motivationnelle

Nuttin (1977) va centrer sa conceptualisation de la perspective temporelle dans une approche focalisée sur des objets qui vont être marqués par un signe temporel. Son approche ne va étudier que les éléments qui entrent en jeu dans l'édification comportementale et se centrer sur les théories de la motivation. Il distingue ainsi une perspective temporelle active, caractérisée par des buts réalistes et des structures moyens-fins permettant de les atteindre, d'une perspective temporelle cognitive ou imaginaire. Une perspective temporelle active associe les objets à des motivations et une structure moyens-fins qui relie la situation présente au futur. Elle nécessite une perception de continuité entre passé, présent et futur ainsi qu'une disposition à l'attribution interne.

Nuttin distingue les dimensions d'orientation et d'attitudes temporelles qui sont considérées comme extérieures à la perspective temporelle car n'ayant pas de relation directe avec des objets. L'orientation, par exemple, vers le futur, correspond à une possibilité de mise en présence d'objets-buts au niveau cognitif. La valence de l'objet va participer à l'établissement de celui-ci comme support de la création d'un plan d'action. Pour Nuttin, la perspective temporelle renvoie donc à la relation temporellement marquée qui lie un individu particulier à un objet particulier, avec la possibilité de mettre en œuvre un comportement planifié le concernant. En cela, l'importance de l'orientation future se justifie car elle est au centre des comportements de projet et de planification. La perspective temporelle future peut donc revêtir des caractéristiques cognitives et motivationnelles qui résultent de la définition de buts (Lens, 1986 ; Nuttin & Lens, 1985) et qui se répercutent au niveau motivationnel (de Bilde, Vansteenkiste & Lens, 2011). Basés sur les expériences passées et le vécu présent, les individus vont traduire ou concrétiser des désirs généraux et flous en buts motivationnels plus ou moins concrets, en structures liant ce but au moyen pour l'atteindre, en plans comportementaux et en projets (Lens, Paixam et al., 2012). Par exemple, le désir de vieillir en bonne santé peut passer, entre autres, par l'arrêt du tabagisme et envisager les différents moyens de réussir. L'identification de ces moyens peut résulter d'une recherche d'information et d'une prise de contact avec des professionnels. Le comportement peut ainsi être planifié. Pour ces auteurs, les buts motivationnels sont orientés dans le futur, mais dans un futur plus ou moins éloigné, voire au-delà de sa propre vie, ce que Zimbardo et Boyd (2009) qualifie de futur transcendantal. Ainsi, la perspective temporelle future renvoie à l'anticipation de buts dans un futur proche et/ou distant. Lorsque les horizons temporels sont réduits, seul le futur

immédiat existe au détriment de la prise en compte d'un futur plus éloigné. A l'inverse, les individus disposant d'une forte extension temporelle n'ont pas de difficulté à estimer les conséquences et être motivés pour des comportements où les résultats sont distants temporellement (Husman et Shell, 2008). Il s'agit donc là d'une perspective temporelle générale, au-delà de l'objet d'étude qui s'inscrit comme une disposition personnelle.

L'orientation vers le futur peut également représenter une disposition pour attribuer la valeur associée à des buts même s'ils n'existent que dans un futur éloigné. Les théories économiques de la santé postulent que la valeur associée à un but ou une récompense décroît avec son éloignement temporel (Rachlin, 1995). Néanmoins, cette diminution est moins marquée pour les individus les plus orientés dans le futur. Ce constat peut s'expliquer par le fait que ces individus perçoivent différemment l'éloignement, un futur « intermédiaire » étant estimé comme plus proche (Lens & Moreas, 1994).

Les individus disposant d'une perspective temporelle future plus étendue sont également plus à même d'anticiper les conséquences de leurs comportements présents et d'élaborer des plans comportementaux à long terme. Un comportement présent peut donc revêtir une valeur utilitaire par sa connexion avec l'atteinte d'objectifs futurs. Il peut être perçu plus positivement lorsque directement associé aux buts futurs et ce, même lorsque l'individu n'est pas intrinsèquement motivé lors de sa réalisation (Ryan & Deci, 2000).

Dans cette conceptualisation, la perspective temporelle future représente une variable cognitive et motivationnelle. Il existe des différences interindividuelles dans les contenus des buts futurs et l'extension temporelle dépend de la définition de ces buts, la répercussion se traduisant au niveau motivationnel.

Si la perspective temporelle future s'inscrit comme la résultante de la définition de buts à long terme et donne du sens aux comportements présents, elle n'en demeure pas moins une composante du champ psychologique de l'individu. En cela, même si elle participe à l'interprétation du présent, elle y est associée dans un rapport d'interdépendance. Au même titre que la dimension passée, les contextes vont participer à façonner et réguler les horizons temporels. De nombreuses études se sont intéressées à sa construction et à son adaptation par la prise en compte des insertions sociales.

1.2. La régulation sociale de la perspective temporelle

1.2.1. Perspective temporelle et statut socio-économique

L'étude de la perspective temporelle permet d'aborder la thématique des inégalités sociales de santé dans une approche explicative basée à la fois sur son développement, sa régulation sociale et ses liens avec des événements de vie. L'utilisation de critères socio-économiques standards apporte des informations limitées ne permettant que la réalisation d'un constat d'inégalité entre les populations de bas vs haut statuts socio-économiques. Les travaux de plusieurs auteurs (Kolesovs, 2004; Luyckx, Lens, Smits & Goossens, 2010; Ravert, 2009; Worrell & Mello, 2007) ont montré que la perspective temporelle se développe lors des années d'études au collège et au lycée. Sa fonction première serait une adaptation à un contexte où le développement d'une orientation future centrée sur la planification et l'organisation est valorisée et nécessaire, notamment par la préparation d'examens, les choix professionnels, les stratégies mises en place pour les atteindre. Les études apportent également une réflexion temporelle nécessitant la sollicitation de connaissances passées dans le but de les inclure dans le système de pensée présent et planifier leur utilisation dans le futur. Dans les populations défavorisées, les difficultés scolaires ou un moindre nombre d'années d'études seraient dues à une discordance de perspective temporelle. Leur orientation plutôt centrée dans un présent empreint de fatalisme ou d'hédonisme serait en inadéquation avec les nécessités de l'apprentissage scolaire (Zimbardo & Boyd, 1999 ; Bourdieu, 1966). Ces différences sociales de la perspective temporelle ont été mises en évidence très tôt, notamment en montrant une réduction de l'orientation vers le futur dans ces populations (LeShan, 1952 ; Cottle, Howard & Pleck, 1969 ; Lomranz, Schmotkin & Katznelson, 1983 ; Koenig, Swanson & Harter, 1981), mais aussi une moindre extension temporelle ou sentiment de continuité (LeShan, 1952 ; Cottle & Pleck, 1969). Des différenciations étant observées dès l'adolescence laissent penser que ces socialisations temporelles pourraient reposer sur des modes de communications familiaux et sociaux porteurs de ces rapports temporels.

En parallèle aux capacités développées lors des études, les insertions sociales viennent participer à la régulation de la perspective temporelle (Fieulaine et al., 2006), notamment dans une perception négative du passé allant dans le sens de Billiard, Debordeaux & Lurol (2000)

qui insistent sur le lien entre les situations de précarité et les parcours biographiques. Ainsi, les effets de médiation montrés par Fieulaine et al. (2006) permettent d'aborder l'importance des insertions sociales sur la souffrance psychologique par leur rôle sur la perspective temporelle. Cette explication permet d'aborder la signification individuelle que les événements prennent. Le vécu subjectif de la situation socio-économique doit donc primer sur une classification quantitative basée uniquement sur les revenus ou les niveaux de diplôme. Il n'existe pas de mesure consensuelle du statut socio-économique. Les différents critères de mesure permettent d'aborder des facettes différentes dont le couplage permet un repérage plus ou moins fin de la stratification sociale.

Dans la littérature, des liens entre le statut socio-économique et la perspective temporelle ont été régulièrement mis en évidence mais pas systématiquement (Athawale, 2004). Le niveau d'éducation semble associé à la perspective temporelle mesurée par l'échelle ZTPI (Zimbardo Time Perspective Inventory ; Zimbardo & Boyd, 1999) présentée plus loin en détail. Elle aborde cette notion selon cinq dimensions : Passé négatif, Passé positif, Présent Hédoniste, Présent fataliste et Futur. Un faible niveau d'éducation est corrélé à une moindre orientation dans le futur (Guthrie, Butler & Ward, 2009; Préau, Apostolidis, Francois, Raffi & Spire, 2007), à une orientation supérieure dans la dimension présent fataliste (D'Alessio, Guarino, De Pascalis & Zimbardo, 2003; Fieulaine et al., 2006) et dans la dimension présent hédoniste (Fieulaine et al., 2006). Au niveau de l'activité professionnelle, ce lien a été mis en évidence par Fieulaine et al. (2006). Les sujets au chômage seraient plus orientés dans la dimension passé négatif que ceux ayant un emploi. Concernant la catégorie socio-professionnelle, plus le niveau est élevé, moins les sujets sont orientés dans la dimension passé négatif et plus ils le sont vers le futur (Fieulaine et al., 2006). Adams (2009) a utilisé le English Index of Multiple Deprivation (IMD ; Noble et al., 2004) calculé en fonction de 7 dimensions (revenus, emploi, santé, éducation, accès aux services, criminalité et conditions de vie environnementales) pour évaluer le statut socio-économique. Des résultats significatifs de l'IMD, contrôlés par l'âge et le sexe, ont été mis en évidence sur l'échelle de considération pour les conséquences futures (CFCS ; Strathman, Gleicher, Boninger & Edwards, 1994) qui évalue le lien entre les comportements présents et leurs conséquences futures. Whitaker et al. (2011) ont créé un index au niveau individuel prenant en compte des dimensions éducationnelles, du statut de logement (propriétaire ou non) et de moyen de locomotion (propriétaire d'une ou plusieurs voitures). Ils ont ainsi montré que le statut socio-économique mesuré par ce score était corrélé au résultat du questionnaire de considération pour les conséquences futures. Moins le statut

socio-économique est élevé, moins le score à la CFCS l'était, ceci pouvant s'expliquer par le fait que ces populations sont plus centrées dans le présent entraînant ainsi une dévaluation du futur et des conséquences associées. Crockett, Wilkinson & Marteau (2008) ont eux aussi développé un score composite prenant en compte des dimensions éducationnelles et de statut vis-à-vis du logement. Ils n'ont pas retrouvé de lien entre ce score et la dimension future de la perspective temporelle mais uniquement avec la dimension présent. Les populations de statut socio-économique le moins élevé sont plus orientées vers cette dimension. Fieulaine et al. (2006), quant à eux, ont utilisé le score Epices (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'examen de santé) mesurant la précarité. Plus le niveau de précarité est important, plus les sujets sont orientés dans une perception négative du passé et moins dans le passé positif. L'orientation vers le futur est également plus faible quand ce score est élevé. Lors d'une recherche précédente dans une population de fumeurs en sevrage tabagique (Merson & Perriot, 2011), nous avons retrouvé des résultats similaires pour les dimensions passé et futur. Pour la dimension présent, nous avons mis en évidence que les sujets en situation de précarité sont plus orientés dans la dimension présent fataliste et moins dans la dimension présent hédoniste.

1.2.2. Précarité et perspective temporelle

Les situations de précarité représentent un exemple illustrant l'influence du contexte sur la perspective temporelle. Fieulaine (2006) souligne que les notions d'instabilité et d'incertitude sont au centre des définitions des situations de précarité. Les individus qui y sont confrontés ne peuvent construire une image d'eux-mêmes stable, une représentation cohérente du monde (Bihr, et Pfefferkorn, 1999) et anticiper l'avenir afin de le rendre maîtrisable (Schnapper, 1989). Les dimensions temporelles vont être mobilisées pour définir les expériences de la précarité. Si l'instabilité est vécue, c'est qu'elle s'est établie au niveau de l'anticipation du futur, dans une perception insécurisante de l'avenir, mais aussi dans les trajectoires biographiques. Les expériences personnelles répétées de l'instabilité la mettent en perspective et lui donnent un sens. Plusieurs stratégies peuvent en découler, un repli vers un passé idéalisé ou de rumination (Perilleux, 2001), l'enfermement dans un présent du plaisir (Rouleau-Berger, 1991) ou du fatalisme (Paugam, 2000), dans un avenir cherchant à dépasser les contraintes (Leclerc-Olive, et Engrand, 2000) ou un refuge dans l'irréalisme (Ould-Ferhat,

2000). Ces vécus sont très diversifiés mais se caractérisent par le rétrécissement des horizons temporels futurs.

Cette notion d'instabilité est essentielle pour définir la précarité mais également pour la distinguer de la pauvreté. La précarité n'est pas la pauvreté ou l'exclusion mais un ensemble de situations caractérisées par la perte de sécurités comme celles de l'emploi permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales (Wresinski, 1987) qui parce qu'elles peuvent conduire à la grande pauvreté s'inscrivent dans une fragilisation d'individus devenus plus vulnérables que par le passé (Cingolani, 2005).

Dès 1961, Moscovici (Moscovici, 1961) soulignait que l'idée de stabilité était une notion sous-tendue par l'existence d'un horizon temporel et que l'absence d'un tel horizon crée un sentiment de discontinuité générateur d'insécurité ne laissant pas à l'individu la possibilité de regarder au-delà du présent. Des situations à l'instabilité similaire ne provoquent pas automatiquement les mêmes effets. Il s'agit donc d'une donnée objective mais les variations montrent que l'on doit vérifier la mesure dans laquelle elle est perçue. C'est donc le rapport subjectif à la situation qui permet de lui donner un sens et de rétablir un sentiment de stabilité, même limité. Leclerc-Olive et Engrand (2000) ont d'ailleurs montré que l'élaboration de projets malgré l'incertitude peut, par rétroaction, ouvrir un horizon temporel futur qui resterait clos autrement. Ces auteurs précisent que survivre dans la précarité requiert de compter au jour le jour, de s'ajuster au plus près à ce dont on dispose, de s'adapter aux conditions qui sont imposées, de restreindre l'horizon temporel de ses engagements. Sortir du cercle de la précarité requiert à la fois de s'arracher au quotidien et de régler ses actions routinières sur un projet de vie dont l'issue elle-même est incertaine. Miser sur l'avenir représente un pari que rien dans la réalité ne vient étayer, et un vécu fondé sur l'enchevêtrement d'expériences autorise une pluralité d'interprétations permettant l'élaboration d'une signification toujours particulière.

Bourdieu (1993) ou Sennett (1998) ont montré comment le rapport au passé personnel est le facteur essentiel dans la diversité des vécus en situations de précarité mais autant comment ce rapport est lié à l'avenir. Billiard et al. (2000) déclarent que c'est en fonction de la mémoire de l'expérience individuelle et collective propre à chaque groupe, à chaque aire culturelle, que les hommes se pensent, pensent l'avenir et anticipent leurs pratiques. C'est en cela que la précarité est directement liée à la problématique du temps. Elle est un élément essentiel de

l'espace de vie des individus qui va avoir un impact important sur les comportements et les représentations qui y sont liées.

1.2.3. Perspective temporelle et expériences

Plusieurs travaux ont montré l'intervention de la perspective temporelle dans les liens entre expériences et bien-être ou souffrance psychologique du fait de son rôle sur la réaction et l'ajustement des individus aux événements (Braley & Freed, 1971 ; Rychlak, 1973 ; Beiser, 1987 ; Epel, Bandura & Zimbardo, 1999 ; Arnold, McDermott & Szpunar, 2011 ; Boniwell, Osin et al., 2010 ; Préau et al., 2007). Le lien se fait à travers l'affectation émotionnelle que la remémoration des expériences négatives du passé engage au présent, suggérant un effet médiateur de la rumination des expériences du passé quand elles actualisent des affects négatifs (Strack, Schwarz & Gschneidinger, 1985 ; Holman & Silver, 1998).

Ce rôle adaptatif de la perspective temporelle peut être complété également par son lien avec les insertions sociales où elle agirait comme support et résultante de stratégies d'adaptation aux situations sociales. En ce sens, la réduction de la dimension future dans les contextes sociaux défavorisés serait la meilleure adaptation à la forme de vie qui est imposée (Nuttin, 1977). Les sujets vivant dans des milieux défavorisés, du fait du contexte affectant la prévisibilité de l'avenir, doivent adopter une attitude centrée sur le présent et limiter tout projet imaginé dans un futur lointain (Cottle & Klineberg, 1974 ; Koenig et al., 1981). Le rôle adaptatif de la perspective temporelle est donc mis en évidence. Elle peut être modifiée dans des situations difficiles chroniques telles que la pauvreté ou l'exclusion, ou dans des situations exceptionnelles telles que l'emprisonnement ou la maladie (Fieulaine, 2006). Dans ces situations chroniques, cette adaptation devient une part intégrante de la culture qui participe à son autoperpétuation (Lewis, 1966 ; Hoggart, 1970), soulignant la complémentarité des approches centrées sur l'adaptation et la socialisation. Dans les situations ponctuelles où une modification de la perspective temporelle a un objectif d'adaptation, elle est davantage une ressource face aux situations difficiles. Son intervention dans les modes de coping (Holman & Silver, 1998 ; Beiser & Hyman, 1997) face à un traumatisme ou les stratégies de maintien de l'image de soi (Lang & Carstensen, 2002 ; Melges, 1982) suggère l'existence de stratégies de repli temporel face aux situations stressantes ou aversives, c'est-à-dire une tentative d'adaptation des perspectives temporelles aux conditions extérieures (Fraisie, 1957). La perspective temporelle, au-delà de son acquisition au cours de la socialisation peut faire

l'objet de transformations en fonction des contextes dans lesquels les individus ou groupes évoluent. En cela, nous considérons la perspective temporelle comme une disposition générale relativement stable socialement régulée et non pas un trait de personnalité.

La perspective temporelle constitue donc une ressource cognitive favorisant ou empêchant l'adaptation ou l'ajustement au contexte mais aussi une dimension centrale du rapport d'interprétation et de signification établi par les individus et groupes à ces contextes.

1.2.4. Perspective temporelle, santé et tabagisme

Au vu de ces constats, l'idée que la perspective temporelle interviendrait comme un médiateur de la relation entre le statut socio-économique et la santé se développe (Fuchs, 1982; Singh-Manoux & Marmot, 2005 ; Adams, 2009). Plusieurs études ont mis en évidence un lien entre la perspective temporelle et l'adoption de comportements de santé (Guthrie et al., 2009), dont les comportements sexuels à risque (Rothspan & Read, 1996), la consommation de substances psychoactives (Wills et al., 2001 ; Keough, Zimbardo & Boyd, 1999 ; Merson & Perriot, 2012 ; Sansone et al., 2013), le recours au dépistage (Lukwago et al., 2003).

Elles s'appuient sur l'idée que les comportements de santé reposent sur la mise en balance de bénéfices à long terme et de coûts à court terme (Hall, Fong & Sansone, 2015). Dans certaines populations, la centration sur le présent au détriment du futur entraînerait une myopie temporelle (Peretti-Watel, 2002). Ainsi les préférences iraient principalement dans le sens d'une satisfaction immédiate (Frederick, Loewenstein & O'Donoghue, 2002). Plusieurs auteurs ont suggéré que la perception des risques de recevoir une récompense dans le futur affectait les prises de décision car l'augmentation de cette durée diminue la certitude de l'obtenir. (Green & Myerson, 2004 ; Sherwood, 2007). Ces constats rejoignent ceux de la théorie des niveaux de représentation (Lieberman & Trope, 1998). Lorsque la distance temporelle augmente, la certitude diminue et la probabilité augmente. Ainsi, la préférence pour la récompense plus faible ne renverrait pas uniquement à sa valeur associée mais à la possibilité de ne pas la recevoir. Dans ce cas, selon une procédure de dévaluation hyperbolique utilisée dans les théories économiques de la santé, de manière comparable au délai de gratification (Mischel, 1974, 1981), les individus vont être amenés à choisir une récompense plus faible rapidement disponible plutôt qu'une récompense plus importante disponible plus tard. Rejoignant les constats de Lens et al. (1986, 2012), plusieurs auteurs ont montré un lien entre la dévaluation du futur et des horizons temporels futurs limités (Petry,

Bickel & Arnett, 1998 ; Rachlin, Siegel & Cross, 1994 ; Guthrie et al., 2009), l'intérêt dans les problématiques de santé étant d'identifier le seuil pour lequel les sujets vont préférer les récompenses futures. Pour cela, de nombreux travaux ont été réalisés (Teuscher & Mitchell, 2011 ; Madden & Johnson, 2010). Daugherty et Brase (2010) se sont intéressés au lien existant entre perspective temporelle et cette dévaluation temporelle appliquée à la santé. Ils ont montré qu'une centration sur le présent associée à de faibles horizons futurs entraînent une dévaluation des récompenses futures plus importante (Joireman et al., 2008).

Plusieurs études se sont intéressées plus ou moins spécifiquement au lien existant entre la perspective temporelle et les comportements tabagiques. Comme pour les comportements de santé de manière générale, l'orientation vers le futur semble protectrice (Keough et al., 1999 ; Wills, Sandy & Yaeger, 2001 ; Petry, Bickel & Arnett, 1998 ; Henson, Carey, Carey & Maisto, 2006 ; Adams & Nettle, 2009 ; Merson & Perriot, 2011 ; Sansone et al., 2013 ; Hall, Fong & Sansone, 2015), dans le sens d'une consommation inférieure ou des tentatives d'arrêt supérieures. Beaucoup d'études n'ont pris en compte que cette dimension future. Il apparaît cependant que les orientations centrées sur le présent ou le passé soient elles aussi importantes dans le cas du sevrage tabagique. Au-delà des comportements de consommation ou d'arrêt, la perspective temporelle est également associée aux niveaux de dépendance, à la motivation à l'arrêt ou aux raisons sous-tendant une tentative d'arrêt (Merson & Perriot, 2011).

Malgré tout, le statut attribué à la perspective temporelle pose la question des outils permettant son évaluation. Thiébaud (1998) a réalisé une revue des outils disponibles et a mis en évidence une grande variété de méthodes : projectives, autobiographiques, graphiques, basées sur les événements de vie. Certaines études se concentraient sur une mesure globale comme une tendance générale à se projeter dans les différentes dimensions temporelles, quand d'autres s'y intéressaient par des mesures spécifiques au tabagisme.

Les insertions sociales sont caractérisées par un ensemble de paramètres qui vont se répercuter sur le champ psychologique d'un individu. La littérature met en évidence cette répercussion des conditions de vie sur la perspective temporelle. Les profils temporels se retrouvant dans les populations les plus défavorisées correspondent à ceux associés à des consommations accrues de substances psychoactives. Ces modifications dans le rapport au temps peuvent donc s'inscrire comme des médiateurs possibles des liens existant entre la situation sociale et santé ou l'adoption de comportements positifs. Néanmoins, les

mécanismes impliqués ne sont pas clairement identifiés. A partir de l'exemple concret de l'arrêt du tabac, nous nous sommes ainsi attachés à proposer une telle approche.

1.3.Synthèse

Dans cette partie, nous avons présenté la notion de perspective temporelle, ses composantes et ses fonctions. Les travaux que nous avons abordés la positionnent comme une disposition stable qui va intervenir sur les représentations, perceptions et actions des individus. C'est par elle que des buts à long terme sont définis, que le sens est attribué aux comportements présents, au même titre que ceux-ci vont participer à moduler cette perspective temporelle.

Beaucoup d'études ont mis en évidence sa régulation sociale. Ainsi, les conditions de vie, dépendantes des insertions sociales, semblent avoir un impact sur la perspective temporelle, nous renvoyant aux situations de précarité. L'instabilité et l'incertitude induites par ces situations conduirait notamment à un rétrécissement des horizons temporels futurs en tant qu'adaptation au contexte de vie. En cela, la perspective temporelle peut donc être positionnée comme un médiateur du lien entre précarité et santé ou comportements à risque comme le tabagisme.

2. Expliquer les liens entre précarité, tabagisme et perspective temporelle

2.1.La consommation de substances psychoactives

Dans le courant de recherche sur la perspective temporelle, nombre de travaux ont porté sur la problématique des addictions et ont mis en évidence des résultats intéressants pour améliorer la compréhension des mécanismes en jeu. Pour Keough, Zimbardo & Boyd (1999), une orientation de la perspective temporelle vers le futur participerait à l'adoption et au maintien de comportements de santé positifs et préventifs. Une orientation centrée sur le présent, quant

à elle, conduirait à masquer les risques de certains comportements (Peretti-Watel, 2002). Plusieurs recherches sont venues étayer le lien étroit existant entre rapport au temps et consommation de substances psychoactives. Les premiers travaux de Smart (1968) ont montré que les alcooliques disposaient d'une perspective temporelle future moins étendue et cohérente que les consommateurs sociaux. Des patients inclus dans un programme de prise en charge d'addiction sont moins motivés par le futur qu'une population d'étudiants (Lavelle, Hammersley & Forsyth, 1991). Alvors, Gregson & Ross (1993) ont mis en évidence que des sujets consommant des drogues injectées ne conceptualisaient pas le futur aussi bien que des sujets ayant arrêté. A plusieurs reprises, des liens directs ont été montrés entre la perspective temporelle et la consommation de substance. Ainsi, une orientation vers le futur semble protectrice de la consommation de substances, qu'il s'agisse d'héroïne, de cannabis, d'alcool ou de tabac (Daugherty & Brase, 2010 ; Petry, Bickel & Arnett, 1998 ; Henson, Carey, Carey & Maisto, 2006 ; Keough et al., 1999 ; Wills, Sandy & Yaeger, 2001 ; Klingemann, 2001 ; MacKillop, Mattson, MacKillop, Castelda & Donovan, 2007 ; Fieulaine & Martinez, 2010 ; Fieulaine, Martinez et al., 2011 ; Adams & Nettle, 2009 ; Apostolidis, Fieulaine & Soulé, 2006 ; Guthrie, Butler & Ward, 2009 ; Hall, Fong, Yong et al., 2012 ; Merson & Perriot, 2012 ; Sansone et al., 2013). Ces résultats concernant le futur s'appliquent soit dans le sens d'une consommation moindre, soit pour des tentatives de sevrage plus nombreuses. Une centration sur le présent est liée à un plus grand risque de consommation régulière de substances psychoactives (Daugherty & Brase, 2010 ; Petry et al., 1998 ; Henson, Carey et al., 2006 ; Keough, Zimbardo & Boyd, 1999 ; Wills et al., 2001 ; Klingemann, 2001 ; MacKillop et al., 2007 ; Fieulaine et Martinez, 2010, 2011 ; Adams & Nettle, 2009 ; Apostolidis, Fieulaine et al., 2006 ; Guthrie et al., 2009 ; Hall, Fong, Yong et al., 2012 ; Milfont, Andrade, Pessoa & Belo, 2008 ; Merson & Perriot, 2012). Les explications évoquées concernant ces résultats s'appuient sur le fait que la réduction des horizons temporels futurs entraîne une préférence accrue pour des effets positifs immédiats au détriment des risques potentiels dans le futur (Petry et al., 1998). Les effets positifs immédiats comme le soulagement du manque ou les effets psychoactifs sont valorisés en comparaison avec des récompenses ultérieures plus importantes (vie en bonne santé, emploi...) (Figure 18). Les effets aversifs (risques de maladie...), quant à eux, sont dévalorisés car différés dans le temps. La probabilité qu'ils se produisent est minimisée du fait du raccourcissement des horizons temporels. Les explications de ce lien entre consommation de substance et perspective temporelle peuvent être réciproques. Un faible développement des horizons temporels futurs et une centration sur le

présent pourraient correspondre à un profil à risque de consommation de substances psychoactives. À l'inverse ou complémentairement, la consommation de drogue pourrait entraîner un rétrécissement des horizons temporels par une augmentation des contraintes ancrées dans le présent afin de rendre possible la consommation et pallier les symptômes de manque.

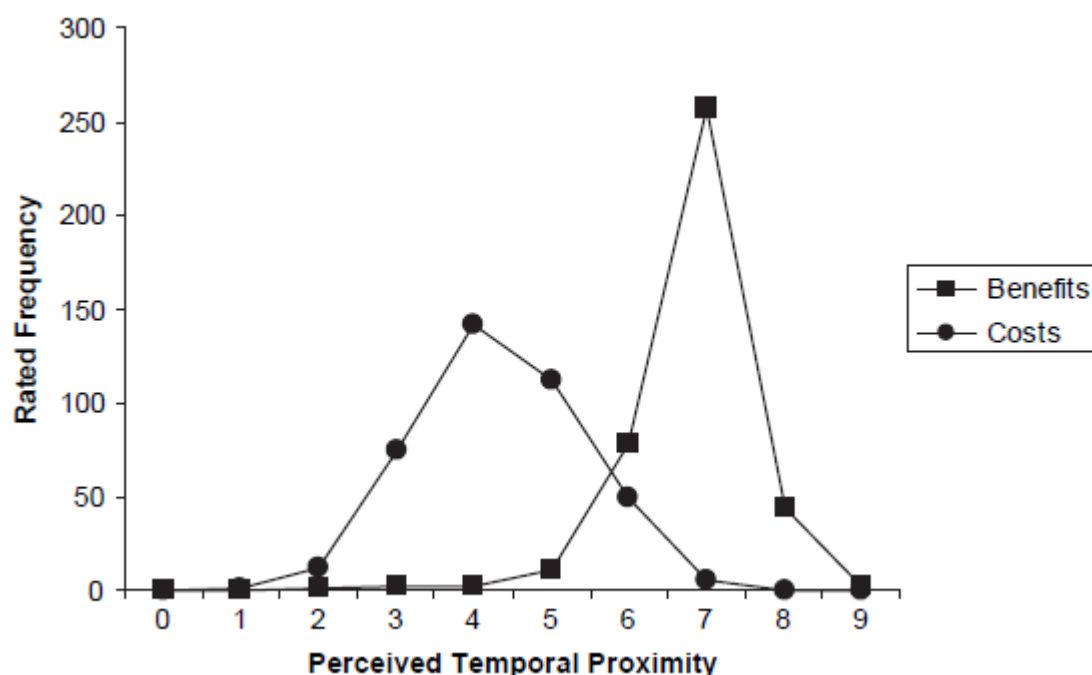


Figure 18 : Distribution temporelle des coûts/bénéfices perçus concernant l'activité physique, d'après Hall & Fong (2007)

Suite aux travaux d'Apostolidis et al. (2006) puis de Fieulaine et Martinez (2010, 2011), ces résultats sont à relativiser. Ces auteurs ont montré que le désir de contrôle (Burger & Cooper, 1979), caractérisé comme la motivation à exercer un contrôle sur son environnement, modère la relation entre la perspective temporelle et la consommation de substance. Les rôles prédictifs associés aux orientations futures ou présentes semblent conditionnés par les niveaux de certaines dimensions de l'autorégulation. Apostolidis, Fieulaine et al. (2006) ont montré que la perspective temporelle intervient sur la perception du cannabis comme drogue dure et dans la mise en place de stratégies cognitives de neutralisation des risques. Ainsi, une orientation vers le futur peut conduire à un déni des risques plus important et un désaccord dans la perception du cannabis comme une drogue dure quand les sujets sont consommateurs, remettant ainsi en cause sa dimension protectrice. L'effet de la perspective temporelle

apparaît plus complexe que ce qui était supposé initialement et semble dépendant des variables associées à l'autorégulation.

2.2. Autorégulation temporelle et ego-depletion

2.2.1. Le modèle de l'autorégulation temporelle

Baumeister et ses collaborateurs (2007) définissent l'autorégulation comme un processus par lequel un individu cherche à exercer un contrôle sur ses pensées, émotions ou comportements. Si l'autocontrôle peut être comparé à un muscle dans les processus d'autorégulation, le désir de contrôle, quant à lui, en représente l'oxygène permettant son fonctionnement (Fieulaine & Martinez, 2011). Fieulaine et Martinez (2010, 2011) ont montré que le désir de contrôle (Burger & Cooper, 1979) modère la relation entre la perspective temporelle et la consommation de substance. Les rôles prédictifs d'une orientation centrée sur le futur ou le présent semblent conditionnés par les niveaux de certaines dimensions du désir de contrôle. De même, Barber et al. (2009) ont mis en évidence que le lien entre la perspective temporelle et la réussite scolaire n'existait que lorsque l'autocontrôle (Tangney, Baumeister & Boone, 2004) des sujets était faible. Ces résultats semblent aller dans le sens d'un effet conjoint entre la perspective temporelle et des variables en lien avec les théories de l'autorégulation (Carver & Scheier, 1981). La complexité apparente de la perspective temporelle ainsi que son lien avec des variables telles que le désir de contrôle semble confirmer l'importance du modèle de l'autorégulation temporelle (Hall & Fong, 2007, 2013) présenté précédemment dans ce document.

2.2.2. Autorégulation et ego-depletion

Ces dernières années, les théories de l'autorégulation sont devenues un cadre théorique de référence pour mieux comprendre pourquoi et comment les individus vont s'engager dans des comportements dommageables pour leur santé (De Ridder & De Wit, 2006). En s'appuyant sur les théories de la motivation, l'autorégulation représente un modèle composé de processus conscients et inconscients permettant de réguler les pensées, émotions, l'attention ou les comportements. La compréhension des mécanismes en jeu passe par des différences individuelles en termes d'autocontrôle et sur l'impact de l'environnement. L'autocontrôle apparaît comme le prédicteur principal des capacités d'autorégulation (Baumeister, Vohs &

Tice, 2007). Il s'agit d'un processus par lequel les individus vont contrôler leurs tendances dispositionnelles, et leurs pensées, sentiments, pulsions afin d'être consistants avec leurs buts. De nombreuses études se sont intéressées à son impact sur la consommation de substances psychoactives. Les personnes présentant de faibles capacités de régulation sont plus à même de consommer de telles substances, de maintenir cette consommation et d'arrêter plus difficilement (Wills, Sandy & Yaeger, 2001 ; Wills & Stoolmiller, 2002 ; Wills, Ainette, Stoolmiller, Gibbons & Shinar, 2008).

Selon Carver et Scheier (1982, 1990, 2001), la théorie du contrôle repose sur une boucle feedback négative dont l'objectif est de réduire les déviations en comparaison avec une référence (Figure 19). Tout écart avec cette référence induit un comportement orienté vers un but associé à cette référence en vue que celui-ci se réduise. Ce comportement ne joue pas directement sur la réduction de l'écart perçu mais sur l'environnement qui va ainsi modifier les paramètres d'entrée de la boucle de feedback. Cette boucle n'a pas un rôle générateur de comportement mais fait en sorte que la perception de l'état actuel corresponde à la valeur de référence.

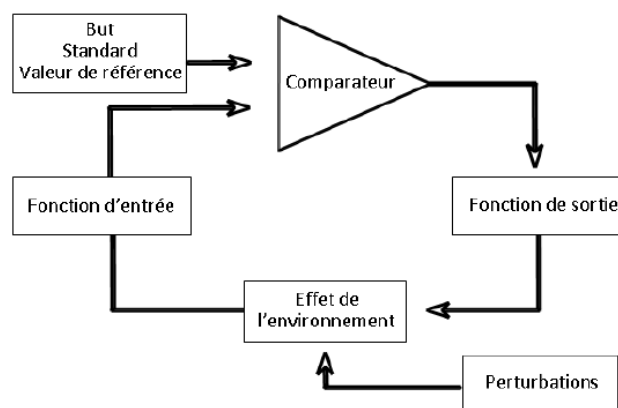


Figure 19 : Boucle de feedback négatif

Toujours selon cette théorie, les valeurs de références ou les buts peuvent être organisés hiérarchiquement (Powers, 1973). Des buts ou moyens plus concrets permettront d'en atteindre d'autres plus abstraits de niveau supérieur. Cette organisation hiérarchique des buts repose sur une même organisation des boucles de feedbacks. En vue de la progression vers un objectif abstrait et son atteinte, une valeur au niveau d'abstraction inférieur est fixée et ainsi de suite jusqu'aux représentations concrètes. Celles-ci renvoient ainsi aux comportements nécessaires.

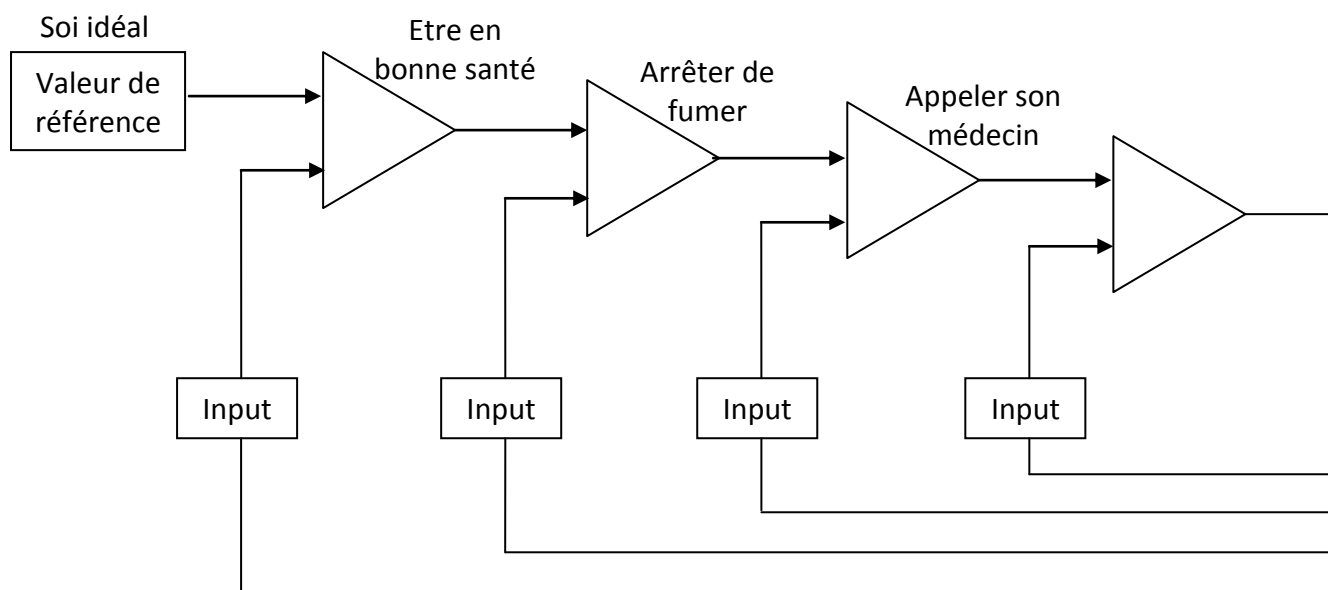


Figure 20 : Organisation hiérarchique des buts et moyens

Afin d'illustrer cette organisation hiérarchique, en prenant l'exemple de la santé (Figure 20), pour tendre vers un soi idéal, un des objectifs de haut niveau pourrait correspondre au fait de vieillir en bonne santé. Cet objectif abstrait doit se décliner en phases intermédiaires. En vue de sa réalisation, l'arrêt du tabac devient donc un objectif qui se traduira de manière plus concrète par la prise d'un rendez-vous.

En fonction de l'attention d'un sujet sur un niveau plus ou moins abstrait ou concret, un niveau particulier de la hiérarchie sera activé à un moment donné. Les perceptions de l'environnement seront donc représentées de manière plus ou moins abstraite selon le niveau d'identification prédominant (Carver & Scheier, 1982, Vallacher & Wegner, 1987).

Cette organisation hiérarchique renvoie à la dimension motivationnelle et cognitive de la perspective temporelle (Lens et al., 2012). Le soi idéal serait ancré temporellement dans le futur. En résultante, les objets buts ainsi que les moyens intermédiaires s'inscrivent également dans une temporalité dépendante de l'ouverture des horizons temporels futurs. Ces boucles de rétroaction et d'ajustement sont partie intégrante d'une stratégie planifiée et organisée temporellement.

Une autorégulation jugée efficace requiert une coordination équilibrée et flexible des différents niveaux associés à un but, de sorte que le niveau de contrôle varie de manière adaptative aux contraintes (dont les contraintes situationnelles). Pour cela, les niveaux abstraits de la hiérarchie doivent être connectés avec les niveaux concrets dans l'environnement présent. Complémentairement, les niveaux d'identification activés doivent

s'adapter pour correspondre au contexte. Un niveau trop abstrait, trop concret ou ne faisant pas le lien entre abstrait et concret est considéré comme délétère (Carver & Scheier, 2001). Les niveaux d'identification attribuent un but, une distance temporelle et une valeur. Leur activation pourrait donc dépendre d'un ancrage temporel permettant de donner un sens aux actions en les marquant dans une perspective d'atteinte d'un but fixé. La perspective temporelle et les variables associées à l'autorégulation semblent jouer un rôle complémentaire. Les niveaux de représentation différenciés seraient activés différemment selon l'ouverture des horizons temporels. Celle-ci conditionnerait la mise en sens des moyens intermédiaires en vue d'ajuster la perception du soi vers un idéal futur. Cette mise en sens et l'activation de plus haut niveau renvoie notamment à une diminution de la préférence pour des récompenses immédiates.

Pour certains modèles d'autorégulation, l'autocontrôle est décrit comme un muscle permettant l'activité d'autorégulation et son maintien dans le temps avec un risque de fatigue ou la possibilité d'être augmentée par l'exercice (Muraven & Baumeister, 2000 ; Baumeister et al., 2006). Si un lien direct a été établi entre la consommation de substances et l'autorégulation, certains paramètres de l'autocontrôle modèrent la relation entre la perspective temporelle et la consommation. En rapport avec les expériences personnelles, les valeurs et les conditions de vie, la perspective temporelle et le désir de contrôle entrent en interaction. Ils permettent d'établir des profils pouvant être considérés comme une vulnérabilité socio-psychologique pour la consommation de substances (Fieulaine & Martinez, 2010, 2011). Nous avons vu que les recherches montrent généralement un effet protecteur d'une orientation vers le futur et des comportements à risque plus fréquents lorsque les horizons temporels sont limités. Néanmoins ces résultats se vérifient uniquement lorsqu'ils sont mis en lien avec le désir de contrôle. Une orientation dans une dimension hédoniste du présent ou une faible orientation vers le futur associées à de hauts niveaux de désir de contrôle correspondent aux profils les plus vulnérables concernant la consommation de substances.

2.3.Distance temporelle et niveau d'identification

La théorie d'identification d'action proposée par Vallacher et Wegner (1987) soutient que les actions peuvent être représentées en termes de buts supra-ordonnés ou subordonnés, où le premier renvoie à l'aspect abstrait de l'action : le *pourquoi*, alors que le second renvoie aux détails spécifiques : le *comment*. Quand ces deux niveaux d'identification sont disponibles, il

existe une tendance à adopter le plus haut niveau d'identification. Cela signifie que, par défaut, les individus vont avoir tendance à adopter des niveaux d'identification abstraits et être plus sensibles aux significations et implications de ce qu'ils font. Cependant, lorsqu'un comportement renvoyant à une identité désirable ne peut être maintenu, les aspects de bas niveaux deviennent saillants. En cela, lorsqu'il existe des difficultés dans la réalisation d'une action, les individus ont tendance à se tourner vers des niveaux d'identification concret afin de se centrer sur *comment* réaliser l'action en s'ancrant dans la réalité de l'environnement immédiat.

La théorie de la distance psychologique et des niveaux de représentation fournissent également une grille d'interprétation des choix inter-temporels (Leiser et al., 2008) qui permet de conceptualiser les liens entre perspective temporelle et autocontrôle. De manière générale, les choix quotidiens s'inscrivent dans le modèle de dévaluation hyperbolique selon lequel une gratification associée à un comportement sera dévaluée de manière plus importante dans un futur proche que dans un futur éloigné (Benzion et al., 1989 ; Loewenstein & Prelec, 1992 ; Thaler, 1981). Dans la continuité de ces travaux, selon la théorie des niveaux de représentation (Trope & Liberman, 2003), un objet, une action, un comportement peuvent être représentés à différents niveaux. Les construits de haut niveau sont relativement stables, structurés, décontextualisés. Ils synthétisent les caractéristiques principales. Les construits de bas niveau, quant à eux sont concrets, non structurés, inscrits dans un contexte. En guise d'illustration une cigarette peut être représentée comme un anxiolytique ou un outil de socialisation selon sa pertinence dans le contexte. Dans le premier cas, il pourrait facilement être remplacé par un médicament traditionnel, ainsi sa fonction sociale devient secondaire. Si le but devient « s'intégrer à un groupe », cet aspect devient un paramètre plus important que sa fonction anxiolytique.

Cette théorie soutient que plus la distance psychologique associée à un objet augmente, plus les individus vont utiliser des construits de haut niveau pour se le représenter (Trope & Liberman, 2010). Cela est dû au fait que les construits de haut niveau sont plus susceptibles de demeurer inchangés lorsque la distance varie.

Ces différentes distances, perçues à partir du soi, dans l'ici et le maintenant, concernent à la fois l'espace, le temps et le social et sont liées les unes aux autres. Pour exemple, une recherche menée par Stephan et al. (Stephan, Liberman & Trope, 2010) a montré une interdépendance entre ces distances et plus précisément comment la distance sociale influence

et est influencée par les distances spatiales et temporelles. L'augmentation de la distance temporelle perçue concernant des événements futurs conduit les individus à catégoriser les objets qui y sont associés dans des catégories moins nombreuses et plus étendues (Liberman, Sagristano & Liberman, 2002). Les informations concernant d'autres personnes sont plus générales ou abstraites, par exemple par l'utilisation de stéréotypes quand les cibles sont soit éloignées socialement (Fiedler, Semin, Finkenauer & Berkel, 1995; Idson & Mischel, 2001; Linville, Fischer & Yoon, 1996; Nisbett, Caputo, Legant & Marecek, 1973), soit temporellement (Nussbaum, Trope & Liberman, 2003; Ross, 1989). Si les dimensions de distance psychologique semblent liées elles ont une portée différente (Trope & Liberman, 2010). Les résultats obtenus par Boroditsky (Boroditsky, 2000, 2001; Boroditsky & Ramscar, 2002) présentent la dimension spatiale comme primaire et basique car elle serait apprise plus tôt, détectée plus clairement, moins ambiguë et plus aisée à verbaliser. De plus, il existe un effet de valence où l'augmentation de la distance sociale liée à un événement va conduire à le juger moins positivement alors que l'augmentation de la distance temporelle conduira à un jugement plus positif.

D'après la théorie des niveaux de représentation, la gratification correspond à un construit de haut niveau quand la durée pour l'atteindre serait considérée comme une caractéristique de bas niveau. Lorsque la gratification est proche dans le temps, la durée avant l'obtention devient saillante. Les récompenses immédiates sont préférées. A l'inverse, dans un futur éloigné, l'importance de la gratification primera sur la durée avant son obtention conduisant à une préférence pour des récompenses futures (Trope & Liberman, 2003). De manière complémentaire, une étude récente sur la vaccination met en avant l'importance du contexte dans ces choix inter-temporels (Leder et al., 2015). Dans cette étude, le contexte reposait sur la formulation de messages centrés sur un aspect préventif ou promotionnel (Higgins, 1997). Leurs résultats mettent en avant des comportements de vaccination supérieurs lorsque les individus sont orientés sur l'évitement des risques futurs (prévention), ceci étant expliqué par leurs capacités d'anticipation des événements négatifs. Lorsque le regret est orienté sur le présent, ces comportements diminuent. De la même manière, l'induction d'une dimension de la distance psychologique permettrait donc d'influer à la fois sur les autres dimensions de distance et sur le niveau d'identification des actions ou objets. Ceci rejoint les résultats des travaux d'Orbell et ses collaborateurs (2006) selon lesquels l'efficacité de messages de prévention dépend d'une interaction entre le contexte temporel du message et les dispositions internes.

3. Problématisation

Nous avons vu plus tôt que des liens ont été établis à plusieurs reprises entre la perspective temporelle et la consommation de substances psychoactives mais sans établir de manière explicative les mécanismes et processus impliqués dans cette différenciation temporelle.

Le comportement tabagique peut être illustré selon cette approche temporelle par les coûts/bénéfices associés à la consommation (Hall & Fong, 2007). Pour un fumeur, allumer une cigarette engendre des bénéfices immédiats qui incluent un sentiment de bien-être, l'évitement des symptômes de manque, ou une augmentation de la concentration. De même, le tabagisme peut être lié à des aspects sociaux tels que l'acceptation par les pairs, une augmentation de l'estime de soi par le sentiment d'appartenance à un groupe. A l'inverse, fumer engendre également des coûts immédiats notamment financiers mais qui demeurent généralement moindres que les bénéfices. Cependant, à long terme, la balance s'inverse. Même si certains bénéfices peuvent perdurer dans le temps, les conséquences à long terme sont particulièrement importantes car un fumeur sur deux décèdera d'une pathologie en lien avec son tabagisme.

Les bénéfices de la consommation de tabac renvoient, entre autres, au coping, à la gestion du stress, la socialisation. Les coûts, quant à eux, correspondent à la perception du tabagisme comme une dépense d'argent, une contrainte d'achat quotidien de cigarettes, et l'acceptation de certaines répercussions physiques (e.g. toux, essoufflement). Les coûts et bénéfices liés à la consommation sont ancrés dans le présent. Les récompenses ne subissent donc aucune dévaluation et surpassent les coûts, justifiant le maintien du comportement.

Dans le cas de l'arrêt du tabagisme, la représentation de l'ex-fumeur renverrait au soi idéal. Les bénéfices associés correspondent à un sentiment de liberté, une bonne santé future, ou des économies financières par exemple. Les coûts renvoient à la fois à la perte des bénéfices liés à la consommation de tabac, à la prise d'un traitement ou des consultations médicales, subir le syndrome de sevrage, les coûts financiers (prix du traitement par exemple) et temporels. Les types de risques sont temporellement différenciés. Ils se situent dans une disjonction temporelle, où les récompenses sont différées (Hall & Fong, 2007). La valeur associée est donc d'autant plus dévaluée que la personne est centrée sur le présent. La prise en compte de risques potentiels dans le futur n'a pas de sens et subit ce que l'on peut qualifier de myopie temporelle (Bickel & Marsh, 2001). La centration se fait sur les coûts plutôt que sur les

bénéfices, pouvant expliquer de plus faibles intentions d'arrêt dans les populations défavorisées et un regret anticipé lié à l'abandon de la consommation plus important (Fong et al., 2004). De plus, l'ancienneté du tabagisme ou les expériences passées liées à la consommation ou son arrêt représentent des facteurs qui influencent la perception des valeurs qui y sont associées.

Qu'il s'agisse du tabagisme ou des autres comportements addictifs, les bénéfices de la consommation se caractérisent par l'immédiateté. Ils renvoient à des valeurs très supérieures aux coûts immédiats. Les coûts liés à l'arrêt sont saillants. Les valeurs associées aux bénéfices sont fortement dévaluées car ceux-ci sont éloignés dans le temps et nécessitent une projection temporelle. Ces bénéfices ou la prise en compte des risques ne sont pas porteurs de sens.

Certaines dimensions de la dépendance viennent renforcer ces effets. Le craving, qui se caractérise par un besoin impérieux de consommer le produit, pourrait renforcer la centration sur le présent et entraînerait une forte dévaluation des bénéfices futurs. Les coûts deviennent rapidement plus importants. Ne pas consommer conduit à un épuisement rapide des ressources d'autorégulation. Cet épuisement pourrait mener, dans le cas de l'arrêt à une rechute, et chez le fumeur au maintien du comportement voire à son renforcement.

Dans la perspective d'une action orientée vers un but, la théorie des niveaux de représentation postule qu'une distinction peut être réalisée entre les aspects de désirabilité (renvoyant au *pourquoi* de l'action) et ceux de faisabilité (renvoyant au *comment*) (Trope & Liberman, 2011). Un haut niveau de représentation renverrait ainsi à la désirabilité et à l'inverse, les représentations de bas niveau correspondraient à la faisabilité de l'action.

Qu'il s'agisse de l'arrêt ou de la consommation de tabac, ces deux comportements peuvent être interprétés sous l'angle de la théorie des niveaux de représentation en termes de faisabilité/désirabilité (Figure 21). Dans cette optique, les conceptions de haut niveau associées au tabagisme peuvent renvoyer à des valeurs positives telles que s'inscrire comme un moyen de gestion des affects négatifs ou des émotions, un outil de socialisation. Les aspects de bas niveau correspondant au « comment » concernent l'aspect financier, les déplacements journaliers au bureau de tabac, etc. Ce comportement s'inscrit donc dans l'immédiateté ou un futur proche à la fois pour les conceptions de haut et bas niveau. Si l'on envisage maintenant le comportement d'arrêt du tabagisme, la désirabilité correspond généralement au sentiment de liberté, à retrouver/conservé une bonne santé ou faire des

économies. La faisabilité, quant à elle, renvoie dans un premier temps à la perte des effets positifs associés à la consommation, mais aussi à subir le syndrome de sevrage généralement vécu par l'ensemble des fumeurs lors d'une abstinence prolongée. Arrêter peut également nécessiter la consultation d'un professionnel de santé, la prise d'un traitement de substitution qui lui-même aura un coût. Il suppose un engagement dans ce comportement inscrit dans la durée. Contrairement à la consommation de tabac et comme dans la plupart des comportements de santé, les bénéfices associés (« pourquoi ») sont distants temporellement alors que les coûts (« comment ») sont plus proches. Ces constats rejoignent ainsi les travaux menés sur la théorie des niveaux de construit et la distance temporelle (Trope & Liberman, 2003 ; Liberman & Trope, 1998).

Pour un fumeur, la représentation associée à l'arrêt du tabac devrait être temporellement différenciée selon que celui-ci envisage ou non d'arrêter et dans quel délai. Ainsi, plus la distance temporelle vis-à-vis de l'arrêt est perçue comme élevée, plus les concepts mobilisés seront abstraits et généraux (e.g. arrêt = liberté). Lorsque celui-ci se rapproche dans le temps, la représentation sera plus concrète et mobilisera des conceptions de bas niveau (e.g. arrêt = syndrome de manque).

Se pose la question de savoir comment se réalise l'activation ou non des construits en fonction de la distance temporelle. Celle-ci est importante car plusieurs études ont mis en

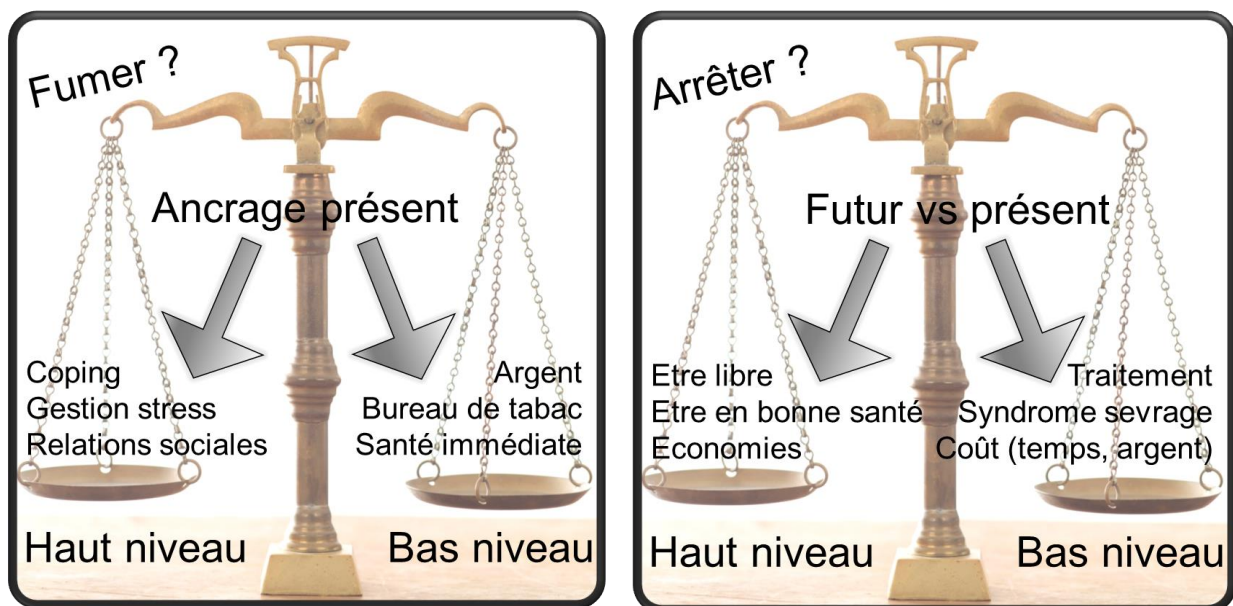


Figure 21 : Ancrage temporel des coûts/bénéfices associés au tabagisme et à l'arrêt

évidence un lien entre l'activation de niveaux de construit et la dimension d'autocontrôle. En effet, des représentations plus abstraites, globales (haut niveau) d'une action et de ses conséquences favorisent un succès de l'autocontrôle alors que des représentations concrètes (bas niveau) conduisent à plus d'échecs dans la gestion de l'autocontrôle (Agrawal & Wan, 2009 ; Schmeichel & Vohs, 2009 ; Fujita & Carnevale, 2012). Appliqué à l'arrêt du tabagisme, Chiou et al. (2012) ont montré que l'activation de représentations de haut niveau permettait une meilleure mobilisation des ressources d'autocontrôle et ainsi, l'inhibition du comportement tabagique. Ces fumeurs étaient donc plus à même de se retenir de fumer et consommaient effectivement moins de cigarettes que dans les autres conditions expérimentales (activation bas niveau, contrôle). Pour ces auteurs, l'activation de ces représentations pourrait conduire à une augmentation de la motivation. De manière complémentaire, les recherches de Fujita et al. (2006) expliquent ce phénomène par le fait qu'une activation de représentations de bas niveau conduit à une consommation supérieure des ressources exécutives. L'importance de ces activations repose sur la possibilité d'être réalisées dans l'environnement du sujet à travers différentes inductions. Elles peuvent donc représenter des pistes intéressantes pour la mise en place de futures actions de prévention.

La notion de distance temporelle, conditionnant l'activation de niveaux différents nous semble directement liée à la capacité de se projeter dans le temps mais également à la profondeur de cette projection (Apostolidis & Fieulaine, 2004). Ainsi, comme le proposent Maglio et al. (2015), la perspective temporelle ne reposerait pas simplement dans un ancrage temporel des pensées mais plutôt avec quelle facilité ou difficulté un individu va être en mesure d'adopter différentes perspectives. La dimension future représenterait le meilleur prédicteur de la possibilité de transitions mentales. Les individus orientés vers le futur organiseraient leurs pensées en fonction de buts de haut-niveau donnant les orientations à long terme de leur vie. En parallèle, ils doivent également être capables de les transposer au présent dans des comportements concrets qui leur permettrait d'atteindre ces buts (Harber et al., 2003). L'adoption du comportement d'arrêt dépend donc directement de sa connexion avec des buts de haut-niveau qui y sont associés (meilleure santé...) et l'atteinte de ces objectifs s'appuie sur les moyens mis en œuvre (consultation médicale, reprendre le sport...). De la même manière, l'expérience passée et son lien avec le présent contribue à la définition des objectifs futurs et aux moyens de les atteindre. En cela, les projections temporelles dans le

passé deviennent aussi déterminantes car elles permettent d'attribuer du sens aux expériences antérieures (ressenti du manque, effets secondaire des traitements...).

Les notions d'instabilité et d'incertitude sont au centre des définitions de la précarité et conditionnent l'état de santé (Fieulaine et al., 2006) du fait même de ce processus de précarisation (Lebas & Chauvin, 1998). Comme le postulent les modèles relatifs aux inégalités sociales de santé présentés précédemment, au-delà donc d'une approche en termes de gradient social de santé, les liens entre précarité et santé s'établissent de manière complexe qui s'inscrit dans une trajectoire de vie. Au cœur de ce lien repose le rapport subjectif que les individus entretiennent avec leurs conditions de vie et le sens qu'ils lui attribuent, modéré par certaines variables psychologiques (Cazals-Ferré & Llorca, 2002 ; Sordes-Ader & Tap, 2002). Plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse que la perspective temporelle pouvait s'inscrire comme un médiateur du lien entre la précarité et l'état de santé (Singh-Manoux & Marmot, 2005). En cela, les situations précaires sont susceptibles d'entraîner des rapports au temps spécifiques, notamment au niveau du futur (Billiard, Debordeaux et Lurol, 2000). De la même manière, le rapport au temps étant un construit du champ psychologique contemporain (Lewin 1942), le rapport au passé est tout aussi fondamental (Fieulaine et al., 2006).

La partie motivationnelle du modèle de l'autorégulation temporelle (Hall & Fong, 2007) ancre temporellement la formation des intentions. Dans les populations en situation de précarité, les horizons temporels futurs sont limités, le présent empreint de fatalisme et le passé remémoré plus négativement. L'arrêt du tabagisme ne peut donc être envisagé dans une organisation hiérarchique où les actions sont planifiées en vue d'atteindre un soi ex-fumeur qui ne correspond pas aux normes sociales du groupe d'appartenance. Les risques à long terme associés au tabagisme ne sont pas perçus, les bénéfices de l'arrêt dévalués du fait de cet éloignement temporel. Les comportements permettant l'arrêt n'étant pas reliés les uns aux autres, des construits majoritairement de bas niveaux doivent être activés car la mise en sens n'est pas effective. De plus, l'arrêt peut avoir été envisagé par le passé mais il en reste souvent une expérience négative, augmentant la saillance des effets négatifs de l'arrêt. De manière complémentaire, des études ont mis en évidence que ces populations sont plus sujettes aux troubles anxiodépressifs. Les niveaux d'auto-efficacité y sont directement et négativement associés (Ehrenberg et al., 1991), limitant ainsi les intentions d'arrêt.

La sphère motivationnelle et le passage de l'intention au comportement sont conditionnés par l'environnement social. Dans ces populations défavorisées, l'entourage est plus fumeur créant ainsi plus de signaux en faveur de la consommation et épuisant les ressources d'autorégulation. Le contexte (e.g. messages de prévention et promotion de l'arrêt centrés sur le futur, gestion du quotidien dans l'urgence) et les dispositions internes interagissent défavorablement pour conduire à envisager l'arrêt. Le tabagisme est plus ancien, la consommation journalière supérieure, les habitudes ancrées car la cigarette rythme la journée, autant de facteurs péjoratifs à la réalisation de l'arrêt. L'accès aux traitements est plus difficile, notamment financièrement, et perçu négativement. D'un point de vue neurobiologique qu'il est nécessaire d'aborder, les niveaux de dépendance et de craving sont supérieurs dans ces populations. Tous ces facteurs se surajoutent, limitant l'adoption du comportement.

3.1.Synthèse

Comme le montre la littérature, la problématique du tabagisme est un enjeu majeur de santé publique car responsable annuellement de plusieurs milliers de décès évitables. La littérature met en évidence une différenciation sociale dans le sens où les populations présentant de bas niveaux socio-économiques sont particulièrement touchées. Quels que soient les indicateurs utilisés, un gradient social est observé à la fois pour les comportements tabagiques et pour les tentatives d'arrêt. Plusieurs facteurs susceptibles de pérenniser des inégalités sociales de santé ont été identifiés et contribuent à cette situation. Au-delà d'un niveau socio-économique évalué objectivement et dans une approche psychosociale, ce travail s'attache à aborder cette problématique par l'étude des répercussions des conditions de vie associées aux insertions sociales sur le plan psychologique. Comme nous l'avons abordé précédemment, l'arrêt du tabagisme ou la consommation, la perception des risques qui y sont associés reposent sur un ancrage temporel. Nous tenterons de comprendre, au niveau de l'individu, comment ces situations, caractérisées par l'instabilité et l'incertitude vont se répercuter sur la perspective temporelle. Situations où l'être s'adapte et subit ce contexte délétère, le quotidien se recentre sur l'urgence du présent ; le passé s'inscrit comme un refuge idéalisé ou en origine des difficultés ; le futur s'amenuise ou prend une valence négative.

Ce rapport au temps socialement différencié n'est pas sans conséquence et a largement été documenté dans la littérature, principalement concernant la dimension future et l'adoption de

comportements de santé protecteurs. Ainsi, certains auteurs n'hésitent pas à positionner la perspective temporelle en tant que médiatrice des liens entre statut socio-économique et santé. Les liens mis en évidence dans la littérature concernant une différenciation sociale du tabagisme et de l'arrêt peuvent-ils être expliqués par les insertions sociales, notamment les situations de précarité et leurs conséquences induites dans le rapport au temps ?

Cette question est particulièrement importante car, sur elle, reposent à la fois une meilleure compréhension de certains mécanismes impliqués dans les inégalités sociales de santé, mais aussi des pistes d'optimisation de la prise en charge des fumeurs souhaitant arrêter leur consommation. De manière complémentaire, ce travail a pour objet de se placer dans une démarche explicative des mécanismes observés. Plusieurs études ont, en effet, mis en évidence un lien étroit entre la perspective temporelle et les théories de l'autorégulation. Dans ce sens, l'arrêt du tabagisme est analysé sous l'angle du modèle de l'autorégulation temporelle. Il inscrit l'adoption d'un comportement dans une approche temporelle et prend en compte l'environnement du sujet. Ainsi, le gradient social observé pourrait-il être expliqué par une activation différenciée des niveaux de représentation ne permettant pas la mise en sens des risques ou comportements nécessaires à l'arrêt. Celle-ci pourrait être associée à une modification de la perception de distance temporelle due à la réduction des horizons temporels futurs.

Les enjeux qui résident dans ce travail nécessitent de nous centrer sur la construction de comportements effectifs des individus et d'en comprendre le sens. Ce travail repose ainsi sur deux objectifs principaux :

- Identifier l'impact de la perspective temporelle dans le lien entre les insertions sociales et l'arrêt du tabagisme ;
- Proposer une approche explicative des mécanismes temporels impliqués dans l'édification comportementale de l'arrêt du tabagisme.

Méthodologie

L'analyse de la littérature concernant le tabagisme et l'arrêt illustre la complexité des enjeux sous-jacents. Ces comportements s'inscrivent dans une perspective historico-bio-psycho-sociales. Les modèles utilisés dans l'accompagnement des tentatives d'arrêt ne permettent qu'un regard partiel des processus impliqués, généralement orienté dans une vision biomédicale. Les modèles dynamiques récents tentent de proposer une schématisation tendant vers la prise en compte de cette complexité. Leur application sur le terrain et leur validation doivent donc reposer sur l'étude complémentaire des différents aspects relatifs au comportement étudié dans les limites de la faisabilité.

Dans la problématique nous intéressant particulièrement, à savoir la construction du comportement d'arrêt du tabagisme, l'objectif est de combiner différentes perspectives de recherches : théoriques, méthodologiques ; et tout autant, de nous intéresser au discours des fumeurs eux-mêmes. La complémentarité dans notre recherche a pour objectif de comprendre la construction psychosociale de l'arrêt du tabac mais également d'étudier les contenus spécifiques qui y sont associés. Elle repose donc naturellement sur une méthodologie mixte quantitative et qualitative.

1. Recherche quantitative

1.1. Quels outils pour aborder la précarité et la perspective temporelle ?

1.1.1. Du statut socio-économique à la précarité, quels indicateurs ?

1.1.1.1. De la mesure du statut socio-économique...

L'analyse des comportements de santé des populations défavorisées passe par leur caractérisation et hiérarchisation selon des critères définis. Elle repose sur l'utilisation d'outils pratiques permettant de les discriminer plus ou moins finement. Le statut socio-économique

renvoie à la position qu'un individu occupe dans la société selon des facteurs sociaux ou économiques (Hiscock, Bauld, Amos, Fidler & Munafò, 2012). Cette évaluation est centrale dans le domaine de la santé car ses différents aspects, tels que les comportements, facteurs de risques ou incidences ont été mis en relation avec la situation sociale (Leclerc, Fassin, Grandjean, Kaminski & Lang, 2000). Dans les sciences sociales et l'épidémiologie sociale, le statut socio-économique est perçu comme un construit multidimensionnel prenant en compte des facteurs comme les ressources économiques, le pouvoir ou le prestige (Braveman et al., 2005). D'autres peuvent également influencer la santé au cours de la vie : la composition du ménage, l'environnement (Smith, Hart, Blane & Hole, 1998 ; Rahkonen, Lahelma & Huuhka, 1997 ; Galobardes, Lynch & Smith, 2004) mais tous ne s'avèrent pas pertinents selon les thématiques étudiées (Marmot et al., 1998).

Pour réaliser ces mesures, plusieurs types d'indicateurs peuvent être utilisés soit à l'échelle de l'individu, soit à des niveaux géographiques plus ou moins étendus. Dans la littérature, plusieurs indicateurs individuels sont utilisés et disposent de caractéristiques propres. Chacun d'entre eux recouvre une dimension particulière de la situation sociale. Principalement, trois indicateurs sont utilisés pour décrire la position sociale d'un individu : la profession, le niveau d'études et le niveau de revenus désignant ainsi le statut socio-économique (Boudon & Bourricaud, 1982; Chenu, 2000; Kaplan & Keil, 1993; Liberatos, Link & Kelsey, 1988; Oakes & Rossi, 2003; Ribet et al., 2007). Ribet, Melchior et al. (2007) ont analysé et étudié les apports et limites de ces différents indicateurs.

➤ Profession

Pour ces auteurs, la profession représente un indicateur simple, pertinent et fiable de la position des individus dans les sociétés industrielles. Il est lié au niveau d'études et de revenus conditionnant ainsi l'accès aux biens et aux services. Deux approches sont couramment utilisées pour classer les individus dans la hiérarchie sociale : l'approche catégorielle et l'approche hiérarchique.

- Approche catégorielle

Les catégories professionnelles permettent de classer les individus selon leur position dans le marché du travail. En France, la classification des professions et catégories socio-professionnelles (PCS) a été conçue par l'INSEE. Elle prend en compte des caractéristiques comme le métier, le secteur d'activité économique, la qualification, la position hiérarchique, le statut de salarié et les catégories issues des conventions collectives. Le classement le plus

simplifié comporte 8 catégories : 6 catégories d'actifs, une catégorie pour les retraités et une pour les personnes sans activité professionnelle. Les 6 PCS d'actifs sont : les agriculteurs exploitants ; les artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; les cadres et professions intellectuelles supérieures ; les professions intermédiaires ; les employés ; les ouvriers.

Une des limites de cette catégorisation est l'absence de relation hiérarchique. Cette nomenclature ne peut être réduite à une échelle unidimensionnelle même si certains groupes peuvent être considérés à un niveau plus élevé que d'autres (les cadres par rapports aux employés par exemple).

- Approche hiérarchique

Les classifications hiérarchiques situent les individus sur une échelle continue de situation socio-économique selon leur profession. Deux échelles sont couramment utilisées : les échelles de prestige social et celles basées sur les niveaux d'études et de revenus.

Les échelles de prestige social sont basées sur la perception que les individus ont du prestige associé à différentes professions (Duncan, 1961 ; Prandy, 1990 cités par Ribet, Melchior et al., 2007). La validation de ces échelles est rendue difficile par le caractère subjectif et changeant du prestige associé aux professions nécessitant une mise à jour régulière.

Les échelles de niveaux d'études et de revenus quant à elles permettent l'obtention d'un score basé sur une somme pondérée des niveaux moyens d'études et de revenus dans cette profession. Ces échelles sont principalement utilisées aux Etats-Unis et rarement en France (Chenu, 2000 ; Liberatos, Link & Kelsey, 1988).

Dans ces approches hiérarchiques, l'utilisation de la profession comme indicateur de situation socio-économique se base sur des validations réalisées majoritairement dans des populations d'hommes d'âge moyen, représentant ainsi un inconvénient à leur utilisation. Elles rendent donc peu compte de la hiérarchie d'emplois occupés majoritairement par des femmes et ne tiennent pas compte des différences de conditions de travail entre les hommes et les femmes. De plus, la classification de certains groupes est difficile notamment les femmes au foyer, les étudiants, les retraités, les inactifs, les chômeurs.

- Niveau d'études

Le niveau d'études représente un indicateur intéressant pour estimer la position dans la hiérarchie sociale. Les ressources intellectuelles et culturelles acquises permettent d'influencer les modes de vie et donnent également accès à des professions supérieures donc à des niveaux de ressources plus élevés (Liberatos, Link & Kelsey, 1988 ; Kaplan & Keil,

1993 ; Galobardes et al., 2006 ; Morgan, 1983). Le niveau d'études peut être utilisé soit en prenant en compte le niveau de diplôme le plus élevé, soit quantitativement par le nombre d'années d'études.

Ces mesures sont couramment utilisées dans les études épidémiologiques du fait de sa simplicité et des bons taux de réponse. Contrairement à la profession et au niveau de revenu, il est généralement fixé au début de l'âge adulte et reste stable. Cette stabilité peut malgré tout représenter un inconvénient dans le cadre des comparaisons temporelles. Les mobilités professionnelles ne sont en effet pas prises en compte tout comme les périodes de non emploi, de changement d'emploi. De plus, avec l'évolution du marché de l'emploi et sa précarisation, beaucoup de diplômes universitaires de haut niveau ne permettent qu'un accès limité à des emplois qualifiés.

➤ Niveau de revenu

Cet indicateur est généralement utilisé pour définir la position dans le marché du travail. Il mesure également le niveau de vie et les conditions matérielles plus précisément que la profession ou le niveau d'études. Il peut être évalué de plusieurs façons, en prenant en compte les revenus individuels ou familiaux en ajustant par la taille de la famille (Kunst, 1997 ; Chenu, 2000 ; Najman, 1988). Ces deux mesures recouvrent des dimensions différentes. Le niveau individuel fait plus référence au sentiment de sécurité, à l'estime de soi. Le niveau de revenu du ménage correspond plus aux ressources matérielles et aux conditions de vie (Chandola, Bartley, Wiggins & Schofield, 2003). Le seuil de pauvreté est souvent utilisé pour définir les personnes défavorisées mais lui aussi est biaisé du fait de la non prise en compte des avantages en nature ou des biens possédés.

La possibilité de classer l'ensemble des individus représente l'intérêt de cet indicateur mais plusieurs inconvénients persistent, notamment un fort taux de non-réponse et l'estimation des revenus nécessite une large batterie de questions. De plus, les revenus peuvent varier fortement dans le temps et lors de courtes périodes du fait de changements dans la composition du ménage, dans l'emploi ou dans l'histoire familiale. La mesure à long terme est donc marquée d'imprécision. Enfin, les revenus ne reflètent pas les ressources financières ou la propriété généralement plus élevées chez les personnes les plus âgées (Kunst, 1997 ; Liberatos, Link & Kelsey, 1988 ; Kaplan & Keil, 1993 ; Galobardes et al., 2006 ; Berkman & Macintyre, 1997 ; Locker, 1993 ; Galobardes, Shaw, Lawlor & Lynch, 2006).

Ribet, Melchior et al. (2007) insistent sur la complexité à caractériser la situation socio-économique et ses différentes composantes. Les indicateurs ne sont pas indépendants les uns des autres et décrivent des facettes différentes de la stratification sociale (Braveman, Cubbin et al., 2005). Leur rôle peut également fortement varier en fonction de la dimension de santé étudiée (Goldberg, Melchior, Leclerc & Lert, 2003). Ainsi, il est difficile d'estimer ce que mesurent réellement ces indicateurs. Le niveau de revenus peut être associé à un meilleur accès aux traitements. Il permet aux individus d'évoluer dans un environnement plus favorable dans lequel les normes sociales sont plus favorables envers des comportements de santé positifs. De la même manière, disposer d'un emploi donne accès à un revenu supérieur mais les conditions de travail sous-tendent l'état de santé. Le niveau d'études, quant à lui, peut indirectement évaluer l'environnement dans lequel les individus ont grandi ou l'acquisition de ressources intellectuelles et culturelles qui vont influencer les modes de vie.

Dans ce sens, d'autres indicateurs ont été développés afin d'aborder différemment la mesure du statut socio-économique. Ils ne reposent plus entièrement sur ces critères mais prennent en compte la qualité de l'environnement ou la perception subjective que les individus en ont.

1.1.1.2. ... à la mesure de la précarité

Plusieurs indicateurs composites de déprivation ont été développés afin de classifier les populations en fonction des territoires selon certains critères. Par exemple, le score Townsend (Townsend, 1987) évalue les pourcentages de ménages sans véhicule, non propriétaires, surpeuplés (>1 personne par pièce), le taux de chômage dans la population active ; l'Index of Multiple Deprivation (Noble et al., 2004) prend en compte 7 dimensions : les niveaux de revenus, le taux de chômage, l'accès aux soins, l'éducation, l'accès aux services, la criminalité ainsi que l'environnement ; le FDep99 (Rey, Jouglu, Fouillet & Hémon, 2009) s'intéresse au revenu médian, au pourcentage de personnes de plus de 15 ans ayant le BAC, au taux de chômage de la population active, au pourcentage d'ouvriers de la population active. Zeitlin (2006) utilise le pourcentage d'ouvriers, de cadres, le taux de chômage, de bénéficiaires d'un contrat à durée indéterminée, le pourcentage de personnes ayant un niveau d'études primaires, le nombre de personnes par pièce, les ménages sans voiture, les familles monoparentales, les personnes nées à l'étranger. L'utilisation de ces indices reste limitée car ils ne permettent pas d'aborder les dimensions individuelles.

Dans le cadre des politiques de santé publique, l'article 2 de l'arrêté de 1992 relatif aux examens périodiques de santé (Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, 1992) a défini des catégories de publics prioritaires dans l'accès aux soins définis comme précaires : les personnes qui ne bénéficient pas d'une surveillance médicale au titre d'une législation et en particulier les retraités, les demandeurs d'emploi, les inactifs et les populations exposées à des risques menaçant leur santé. En 1998, ont été ajoutées les personnes en contrat emploi solidarité et les personnes sans domicile fixe.

Les mesures précédentes tentent de définir à travers différents indicateurs une stratification sociale. Au-delà du niveau social occupé par un individu, le vécu subjectif de sa propre situation reste déterminant. Depuis l'insécurisation et la précarisation du marché du travail, d'autres données peuvent être intéressantes à envisager. Dans une approche où les critères socio-administratifs ont été considérés comme insuffisants pour un repérage des populations en difficulté (Labbe et al., 2007), un score se basant sur les travaux de Wresinski (1987) et Townsend (1987) évalue les différentes dimensions de la précarité : le score Epices (Bihan et al., 2005). Ce questionnaire est composé de 11 questions dichotomiques pour lesquelles une pondération est appliquée. Il permet d'obtenir un score s'échelonnant de 0 [absence de précarité] à 100 [précarité maximum]. Les études de validation de ce questionnaire (Labbe, Moulin et al., 2007) montrent que les personnes classées dans les deux quintiles les plus élevés présentent des niveaux d'études plus faibles ou sont sans diplôme. Ils correspondent aux catégories sociales les plus défavorisées (ouvrier et inactif) et à une instabilité de l'emploi. Ces résultats sur le niveau d'études ou l'emploi ont été retrouvés par Fieulaine et al. (2006). Ces personnes correspondent également à la définition administrative de la précarité : sans domicile fixe, bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) et/ou Couverture Maladie Universelle (CMU). La durée de chômage est également fortement liée au score obtenu. A partir des études réalisées, les personnes dont le score est supérieur ou égal à 30,17 correspondant à la valeur seuil du quatrième quintile sont caractérisées comme en situation de précarité.

➤ Concordance-discordance de deux définitions de la précarité

Depuis la généralisation du score Epices dans les Centres d'Examens de Santé, deux définitions de la précarité sont disponibles : les critères socio-administratifs définis dans l'article 2 de l'arrêté de 1992, et le score Epices dichotomisant les personnes en précarité Epices (quintiles 4 et 5) des autres (quintiles 1 à 3).

Selon ces deux définitions, la non-précarité est associée à une situation d'emploi stable, à temps plein, avec des horaires de travail de jour. Elle renvoie également à des niveaux d'études supérieurs. Les situations de précarité touchent des personnes sans emploi ou sans activité, souvent sans diplôme, les femmes seules.

Le croisement de ces deux définitions met en évidence des populations identifiées comme en précarité selon l'article 2 mais pas via le score Epices. Il s'agit de personnes présentant des niveaux d'études élevés (Bac ou plus), des femmes employées, d'hommes cadres âgés de plus de 50 ans. Leur profil de santé semble favorable, avec une perception positive de la santé et des critères sanitaires favorables (IMC, tension artérielle...) (Labbe, Moulin et al., 2007).

A l'inverse, certaines populations sont identifiées comme en situation de précarité par le score Epices mais pas selon les critères administratifs. Ces personnes disposent d'un niveau d'études peu élevé, une situation d'emploi instable. Ce sont des femmes isolées, des hommes ouvriers, retraités ou employés. Les critères sanitaires de ces populations sont défavorables (obésité, prise de médicaments, de psychotropes, déficit auditif, hyperglycémie...).

L'étude des populations discordantes montre que ce score permet l'identification de populations en difficulté sociale, matérielle et sanitaire, qui échappent aux critères habituellement utilisés (Labbe, Moulin et al., 2007).

L'utilisation de cet indicateur semble donc pertinente car il est orienté sur l'individu, ses difficultés telles qu'il les perçoit. Il se base sur les critères définissant la précarité, à savoir la socialisation, la dimension socio-économique et sociale, la dimension socio-culturelle et la protection sociale.

1.1.2. Perspective temporelle, comment la mesurer ?

1.1.2.1. Outils de mesure de la perspective temporelle

De nombreux outils référencés par Thiébaud (1997, 1998) et plus récemment par Fieulaine (2006) ont été développés pour aborder la question du temps et apporter une mesure des orientations des sujets. Les nombreuses approches de la perspective temporelle ainsi que la complexité de ses composantes et fonctions ont amené les auteurs à créer une multitude d'outils selon des techniques projectives, graphiques, écrites ou mesurées par des échelles ou questionnaires.

Si les approches pour évaluer la perspective temporelle sont nombreuses, le nombre de questionnaires et/ou inventaires l'est tout autant. Nous pouvons citer par exemple le Future Time Perspective Inventory (Heimberg, 1963), la Time Attitude Scale (Calabresi & Cohen, 1968), la Daltrey Future Time Perspective Scale (Daltrey, 1982), le Time Structure Questionnaire (Feather & Bond, 1983), la Consideration of Future Consequences Scale (CFCS : Strathman et al., 1994), le Zimbardo Time Perspective Inventory (Zimbardo & Boyd, 1999), le Time Perspective Questionnaire (Fong & Hall, 2003), et plus récemment la Balanced Time Perspective Scale (BTPS : Webster, 2011).

En guise d'exemple, la BTPS est une échelle qui va définir des profils d'orientation et profondeur temporelles mais sans prise en compte de la dimension présent. En effet, pour ces auteurs, le passé et le futur ne peuvent exister qu'à l'instant présent et ces deux dimensions, faisant appel à des régions cérébrales similaires (Schacter, Addis & Buckner, 2007, cités par les auteurs) permettent un équilibre autour du présent. Cette approche simplifie donc des outils de mesure en 5 ou 6 facteurs mais ne permet pas la prise en compte de la valence associée aux différentes dimensions.

Parmi les échelles mesurant la perspective temporelle, Strathman et al. (1994) se sont intéressés à l'extension temporelle des sujets en considérant l'importance des comportements présents sur de possibles conséquences futures et ont développé l'échelle CFCS. Pour ces auteurs, les différences individuelles dans la mesure de la CFCS représentent à la fois le rapport que les individus font entre leurs comportements actuels et la possible survenue de conséquences dans le futur ; et également dans quelle mesure ils vont être influencés par ces possibles conséquences (Strathman et al., 1994). Ceci renvoie en fin de compte à une dimension de contrôle et d'auto-efficacité par le lien établi entre les comportements actuels et les conséquences futures qui y sont associées.

Les études utilisant cette échelle ont montré qu'un score élevé à la CFCS était lié à un haut score de délai de gratification (Strathman et al., 1994), une plus grande orientation vers le futur et plus faible orientation dans les dimensions « Présent Hédoniste » et « Présent Fataliste » (Zimbardo & Boyd, 1999). Ils présentent également de plus faibles niveaux d'impulsivité (Joireman, Anderson & Strathman, 2003) et de dévaluation de gains financiers futurs (Joireman, Spangenberg & Sprott, 2005).

La validité de cette échelle a été démontrée dans différents contextes comportementaux (Joireman, Strathman & Balliet, 2006). Dans l'étude des comportements de santé, Strathman

et al. (1994) ont mis en évidence que les individus avec des scores élevés à la CFCS présentent plus d'intérêt pour leur santé. Ils consomment moins d'alcool et de cigarettes (Daugherty & Brase, 2010 ; Rappange, Brouwer & Van Exel, 2009 ; Adams & Nettle, 2009, Strathman et al., 1994) et sont plus à même de tenter d'arrêter leur tabagisme (Kovac & Rise, 2007). Ils pratiquent également plus d'exercice physique (Ouellette, Hessling et al., 2005 ; Adams & Nettle, 2009 ; Daugherty & Brase, 2010). Ils sont également plus susceptibles de résister à la pression sociale concernant la consommation d'alcool (Reifman et al., 2001) et sont plus prudents dans leurs pratiques sexuelles (Dorr, Krueckeberg et al., 1999) et recourent aux dépistages (Dorr et al., 1999). De hauts scores à la CFCS ont été également liés à une moindre recherche de sensations (Joireman, Anderson & Strathman, 2003).

Les résultats de nombreuses études montrent que la CFCS permet de prédire certains comportements de santé (Joireman, Shaffer et al., 2012) mais une de ses limites réside dans la seule prise en compte de la dimension future.

La plupart de ces outils abordent l'orientation temporelle ainsi que les attitudes. Certains ne mesurent que la dimension future, alors que d'autres cherchent à établir un profil temporel. D'autres, tels que le Zimbardo Time Perspective Inventory, prennent en compte le passé, présent, futur et les attitudes qui y sont liées. Ce dernier outil est actuellement le plus utilisé dans la littérature. Un grand nombre de travaux, notamment dans le domaine sanitaire est issu de l'utilisation de cette échelle.

1.1.2.2. Le Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI)

➤ *Présentation*

L'intérêt initial de Zimbardo pour la perspective temporelle provient de l'expérience de la prison expérimentale de ce même auteur (Zimbardo, Haney, Banks & Jaffe, 1973) où il a observé l'altération de la perception subjective du temps des sujets ayant participé à l'expérience. Afin d'aborder une mesure de la perspective temporelle, dans une approche lewinienne, Zimbardo et ses collaborateurs (Gonzalez & Zimbardo, 1985 ; Zimbardo & Boyd, 1999) ont élaboré une échelle multidimensionnelle s'intéressant aux trois registres de la perspective temporelle ainsi qu'aux attitudes envers ces registres.

La version princeps de cette échelle est composée de 56 items divisés en cinq dimensions. Sa validation française a été réalisée par Apostolidis et Fieulaine (2004). Ces auteurs ont mis en

évidence une même structure mais n'ont retenu que 54 items. Ils expliquent cette divergence par l'importance du contexte socio-culturel. En effet, si la perspective temporelle repose sur des processus socialement déterminés, elle dépend nécessairement du contexte socio-culturel.

Les dimensions retenues sont les suivantes :

- **Passé Positif (9 items)** : cette dimension est caractérisée par une attitude positive et nostalgique à l'égard du passé (e.g. « *Les images, les odeurs et les sons familiers de mon enfance me rappellent souvent des souvenirs merveilleux* »).
- **Passé Négatif (10 items)** : cette dimension reflète une vision négative, pessimiste et aversive du passé. Cette attitude peut être due aux événements traumatiques ou déplaisants actuels ou bien liée à une reconstruction négative des événements passés. Un individu orienté dans cette dimension aura tendance à ruminer et revivre les expériences négatives (e.g. « *Je pense souvent à ce que j'aurais dû faire autrement dans ma vie* »).
- **Présent Hédoniste (15 items)** : cette dimension consiste à vivre l'instant présent. Elle est ainsi directement associée aux comportements de prise de risque. Les individus orientés dans cette dimension montrent peu d'intérêt pour les conséquences à long terme de leurs comportements (e.g. « *J'essaie de vivre ma vie aussi pleinement que possible, au jour le jour* »).
- **Présent Fataliste (9 items)** : cette dimension se caractérise par une attitude fataliste et résignée face à la vie (e.g. « *Le destin détermine beaucoup de choses dans ma vie* »).
- **Futur (13 items)** : cette dimension est caractérisée par une attitude de planification et centrée vers les objectifs à terme (e.g. « *Quand je dois réaliser quelque chose, je me fixe des buts et j'envisage les moyens précis pour les atteindre* »). Elle prend également en considération les fonctions de la perspective temporelle telles que définies précédemment, à savoir les aspects motivationnels (e.g. « *Je persiste à travailler à des activités difficiles et sans intérêt si elles m'aident à prendre de l'avance* »), émotionnels (e.g. « *Les expériences douloureuses du passé me reviennent en permanence à l'esprit* »), cognitifs (e.g. « *Avant de prendre une décision, je pèse le pour et le contre* ») et sociaux (e.g. « *Je préfère les amis qui sont spontanés à ceux qui sont prévisibles* ») à travers des propositions socialement marquées et se rapportant aux expériences des individus.

Même si la prise en compte du contexte socio-culturel est nécessaire, les travaux menés par le Réseau International sur la perspective temporelle (ITPN) dans 24 pays sur 12 200 sujets ont

permis de montrer une invariance dans la structure de cette échelle malgré des traditions culturelles différentes (Sircova et al., 2014).

➤ *Proposition d'un sixième facteur : Futur Négatif*

Les travaux sur la perspective temporelle ont mis en avant un effet protecteur d'une orientation vers le futur. Dans cette échelle, contrairement aux autres dimensions, Zimbardo et Boyd (1999) n'ont proposé qu'une valence positive à l'orientation future même s'ils ont suggéré la possibilité de complexifier cette dimension. Cet aspect renvoie à une critique de cette échelle qui associe donc l'orientation future à une dimension principalement motivationnelle et de planification. En se basant sur les travaux de Zaleski (1996) et Nurmi (2005) qui postulent l'existence d'aspects émotionnels dans cette dimension, Carelli et al. (2011, 2015) ont proposé et opérationnalisé l'existence d'une dimension Futur Négatif. Elle repose sur le postulat que le futur peut revêtir des aspects généralement non pris en compte tels que la peur, l'anxiété, les préoccupations ou l'incertitude.

1.1.2.3. ZTPI dans la littérature

Depuis la création de cet outil, l'intérêt pour ce courant de recherche s'est intensifié et a conduit à la réalisation d'études s'intéressant entre autres à l'édification de ce construit, à son statut, son rôle dans la compréhension des comportements de santé voire au développement d'une approche thérapeutique (Zimbardo, Sword & Sword, 2012).

➤ *Contexte culturel, social, développemental, environnemental*

- Données générales

Bien que les résultats ne soient pas systématiquement répliqués dans toutes les études, ceux-ci montrent que la perspective temporelle varie selon des facteurs de genre (Zimbardo, Keough & Boyd, 1997 ; Kolesovs, 2004 ; Fieulaine, Apostolidis & Olivetto, 2006 ; Milfont, Andrade, Belo & Pessoa, 2008 ; Liniauskaite & Kairys, 2009 ; D'Alessio, Guarino, De Pascalis & Zimbardo, 2003 ; Keough, Zimbardo & Boyd, 1999 ; Daugherty & Brase, 2010), dans le sens où les femmes sont plus orientées vers le futur que les hommes qui eux-mêmes sont plus centrés sur le présent.

Elle va également évoluer en fonction de l'âge. Les individus les plus jeunes sont plus orientés vers le futur que les âgés (Milfont, Andrade, Pessoa & Bello, 2008). Les contextes

sociaux, culturels, et éducationnels jouent un rôle. Ils soulignent ainsi l'importance de la socialisation dans l'édification de la perspective temporelle (Zimbardo & Boyd, 1999 ; Singh-Manoux & Marmot, 2005 ; Fuchs, 1982 ; Apostolidis & Fieulaine, 2004). L'appartenance culturelle y est également associée (Kolesovs, 2004 ; Zimbardo & Boyd, 1999 ; Boroditsky, Fuhrman & McCormick, 2011 ; Guthrie, Butler & Ward, 2009, Nurmi, 1991 ; Zaleski, 1994), ainsi que le statut socio-économique ou le niveau d'éducation. Les personnes un faible niveau socio-économique ou un faible niveau de diplôme sont plutôt orientées vers une perception négative de leur passé et moins vers le futur (Fieulaine, Apostolidis & Olivetto, 2006 ; Epel, Bandura & Zimbardo, 1999 ; D'Alessio, Guarino, De Pascalis & Zimbardo, 2003 ; Barber et al., 2009 ; Guthrie, Butler & Ward, 2009 ; Athawale, 2004). Ils sont également plus fatalistes quant à leur présent. Concernant l'appartenance religieuse (Boniwell & Zimbardo, 2004 ; Kairys, 2010), les Protestants apparaissent plus orientés vers le futur que les Catholiques (Boniwell & Zimbardo, 2004).

Les différents résultats obtenus selon l'appartenance culturelle ou socio-économique confirment les propositions de Lewin (Lewin, 1959 cité par Fieulaine, 2006) selon lesquelles « chez le chômeur et même ses enfants, les perspectives temporelles semblent se rétrécir au point que le comportement de la personne ne soit plus dépendant que de la situation immédiate ». Les différents travaux ayant étudié ce rétrécissement (LeShan, 1952 ; Cottle, Howard & Pleck, 1969 ; Lomranz, Shmotkin & Katznelson, 1983 ; Koenig, Swanson & Harter, 1980 ; Lamm, Schmidt & Trommsdorff, 1976 ; Schmidt, Lamm & Trommsdorff, 1978 ; O'Rand & Ellis, 1974 ; Nurmi, 1987 ; Bouffard, Lapierre & Bastin, 1989) montrent cette réduction de l'orientation vers le futur chez les classes sociales les plus défavorisées. Dans les classes supérieures, la perspective temporelle est plus étendue à la fois au niveau du passé et du futur et ont un fort sentiment de continuité temporelle.

Nombre de travaux ont montré que les régulations sociales de la perspective temporelle s'appliquent aux composantes cognitives, motivationnelles et attitudinales et qu'elles trouvent leur origine dans les dimensions multiples des insertions sociales (classes sociales, pauvreté, exclusion, stigmatisation).

- Profils et comportements

Les travaux de Zimbardo et ses collaborateurs (Gonzales & Zimbardo, 1985 ; Zimbardo et al., 1997 ; Keough et al., 1999 ; Zimbardo & Boyd, 1999) ont montré que l'orientation vers le présent est liée à une attitude plus pratique centrée sur l'immédiateté plus que sur

l'anticipation. L'orientation dans la dimension « Présent Hédoniste » est corrélée à la recherche de sensation et à la pratique d'activités requérant une dépense d'énergie. Elle est associée également à une plus grande sensibilité et des comportements qui deviennent antisociaux et agressifs quand existe une intention de dépasser les règles.

L'orientation vers le présent fataliste correspond à un mode de fonctionnement externe pour expliquer les actions et comportements, un plus grand fatalisme et une moindre estime de soi.

L'orientation vers le futur est centrée sur les conséquences à terme de leurs actions et sur la recherche de gratifications futures. Les risques émotionnels sont moindres et les comportements pro santé plus fréquents du fait de la prévision des conséquences négatives possibles à terme. La dimension « Futur Négatif », quant à elle, correspond à une anxiété et une anticipation négative de l'avenir.

L'orientation vers le passé est liée à des prises de décision en fonction des expériences passées avec une répercussion dans la vie de tous les jours. Une orientation positive dans le passé permet quant à elle, un refuge même dans un présent difficile.

➤ *ZTPI et comportements, attitudes, personnalité et psychopathologie*

- Perspective temporelle et comportements

Dans de nombreux domaines, les différentes dimensions de la perspective temporelle ont été liées aux comportements ou aux motivations (pour une revue, Stolarski, Fieulaine & Van Beek, 2015, p251). Son impact a ainsi été montré sur la consommation de substances psychoactives ou les décisions d'arrêter ces consommations (Keough et al., 1999 ; Wills et al., 2001 ; Fieulaine & Martinez, 2010 ; Daugherty & Brase, 2010 ; Milfont et al., 2008 ; Henson et al., 2006 ; Adams & Nettle, 2009 ; Klingemann, 2001 ; Kovac, 2007 ; Guthrie, Butler & Ward, 2009 ; Merson & Perriot, 2011, 2012), sur les comportements sexuels à risque (Rothspan & Read, 1996 ; Henson et al., 2006 ; Protogerou & Turner-Cobb, 2011), sur le jeu pathologique (Hodgins & Engel, 2002 ; McKillop et al., 2006 ; Lukavska, 2012), sur les comportements écologiques (Corral-Verdugo et al., 2006 ; Milfont & Gouveia, 2006 ; Milfont, Wilson & Diniz, 2012), la conduite automobile (Henson et al., 2006 ; Daugherty et al., 2010 ; Zimbardo, Keough & Boyd, 1997), le recours au dépistage de maladies (Whitaker et al., 2011 ; Crockett et al., 2009 ; Roncancio et al., 2014), le réseau social et la coopération (Holman & Zimbardo, 2009 ; Préau et al., 2007 ; Thoms, Warner & Totleben, 2011), sur la procrastination (Diaz-Morales, Ferrari & Cohen, 2008 ; Ferrari & Diaz-Morales, 2007 ;

Strand, 2011 ; Sirois, 2014), la motivation (Nuttin, 1985 ; Simons et al., 2004 ; Kauffman & Husman, 2004 ; Jackson, 2006 ; Van Bethuysen, 2008 ; Eren & Tezel, 2010 ; Lens et al., 2012), la réussite scolaire ou universitaire (Barber et al., 2009), les stratégies de coping (Epel, Bandura & Zimbardo, 1999 ; Wills et al., 2001 ; Luyckx, Lens et al., 2010), le bien-être (Drake et al., 2008, Webster, 2011, Boniwell, Osin et al., 2010 ; Boniwell & Zimbardo, 2004 ; Zhang et al., 2013), la qualité de vie (Préau et al., 2007 ; Bitsko et al., 2008 ; Laguette et al., 2013), une alimentation adaptée (Daugherty et al., 2010), la pratique d'exercices physiques (Daugherty et al., 2010 ; Hamilton, Kives et al., 2003 ; Guthrie et al., 2014).

Beaucoup d'études se sont centrées sur la dimension future de la perspective temporelle. Les résultats obtenus montrent des effets plutôt protecteurs en termes de comportements de santé, de risque ou impliquant la prise en compte des conséquences futures quand les sujets sont plus orientés vers le futur. Malgré cela, il existe un effet sur le bien-être subjectif et un risque de ne pouvoir profiter de l'instant du fait d'une projection uniquement dans le futur (Boniwell & Zimbardo, 2004). La dimension future est positivement liée aux scores de « Passé Positif » et négativement à ceux de « Présent Fataliste », « Présent Hédoniste » (Apostolidis & Fieulaine, 2004 ; Carelli et al., 2011). Certaines études montrent un lien avec l'ensemble des dimensions temporelles (Liniauskaite & Kairys, 2009 ; Zimbardo & Boyd, 1999) quand d'autres montrent un lien uniquement avec les dimensions centrées sur le présent (Milfont, Andrade et al., 2008 ; Anagnostopoulos & Griva, 2011 ; Boniwell, Osin et al., 2010). Bien que ces résultats ne soient pas unanimes, Apostolidis et Fieulaine (2004) soulignent l'importance de considérer les liens d'interdépendance existant entre les dimensions de la ZTPI.

Dans cette approche, le passé, présent et futur sont importants car ces dimensions, et les attentes qu'elles entraînent déterminent en partie les intentions et comportements. Boniwell et Zimbardo (2004) proposent la notion de perspective temporelle équilibrée selon laquelle les individus solliciteraient un mode temporel approprié en fonction de la situation dans laquelle ils se trouvent. La flexibilité et la capacité à solliciter telle ou telle dimension temporelle sont essentielles pour ce mode de fonctionnement optimal. La sur-utilisation d'une dimension conduit à un biais dispositionnel influençant les choix et actions des individus. Ce déséquilibre peut exister soit au niveau de l'orientation, soit au niveau de l'attitude, ou au niveau de l'interaction entre les deux. L'orientation vers le futur peut ainsi apparaître comme positive par la projection de soi dans l'avenir et la volonté de réalisation de soi. Lorsqu'elle

devient exclusive, elle peut conduire à délaisser le présent et abandonner les activités considérées comme non rentables (loisirs, relations amicales...). De même, la centration dans le présent peut favoriser un engagement dans des activités nouvelles, mais elle peut aussi conduire à se détourner de l'avenir et ne plus considérer le long terme, sur des questions de prise de risque par exemple. Enfin, l'orientation vers le passé peut être favorable quand il est considéré positivement comme un support mais peut être défavorable lorsqu'il n'est caractérisé que par négativité et regret.

➤ *Perspective temporelle et personnalité*

La perspective temporelle est étroitement liée à un certain nombre de variables de personnalité (Zimbardo & Boyd, 1999 ; Keough, Zimbardo & Boyd, 1999 ; Adams & Nettle, 2009 ; Zhang & Howell, 2011 ; Zimbardo, Keough & Boyd, 1997 ; Fortunato & Furey, 2009 ; Daugherty & Brase, 2010 ; Shipp et al., 2009) mesurées par les questionnaires évaluant la personnalité selon 5 facteurs tels que le Big Five (Caprara et al., 1993) ou le Neo Pi-R (Costa & McCrae, 1992). Une vision négative du passé apparaît corrélée à une faible estime de soi alors qu'une vision positive du passé l'était négativement à un caractère agressif mais positivement avec l'estime de soi. L'orientation vers le présent perçu de manière fataliste montre un mode de fonctionnement externe ainsi qu'un caractère plus agressif. Le présent vécu de manière hédoniste est positivement corrélé à un manque de contrôle, une recherche de sensations et négativement avec une préférence pour la cohérence. Le futur, quant à lui, est positivement lié à un caractère consciencieux, une préférence pour la cohérence et négativement avec la recherche de sensations ou l'impulsivité. La perspective temporelle pourrait donc intervenir complémentirement aux facteurs de personnalité à un niveau différent qui reste à établir. Les niveaux de variance entre personnalité et comportements de santé sont augmentés par la prise en compte de la perspective temporelle (Daugherty & Brase, 2010) mais le niveau d'intervention de celle-ci n'est pas expliqué et pourrait prendre la forme d'un effet modérateur ou médiateur.

La perspective temporelle semble être corrélée également à la présence de troubles psychologiques, à savoir les troubles anxio-dépressifs (Zimbardo & Boyd, 1999 ; Pluck et al., 2008 ; Guthrie, Butler & Ward, 2009 ; Fieulaine, Apostolidis & Olivetto, 2006 ; Anagnostopoulos & Griva, 2011 ; Bitsko et al., 2008 ; Van Beek et al., 2011). La présence de tels troubles est liée à une centration vers un fatalisme, une perception négative du passé et à de moindres orientations futures. De même, les troubles bipolaires sont caractérisés par un

blocage dans le présent et l'impossibilité de se projeter de manière cohérente dans le futur (Gruber et al., 2011). Une explication proposée par les auteurs aborde ce sujet en termes d'altération des capacités d'autorégulation émotionnelle entraînant chez ces sujets un blocage temporel dans le présent. Celui-ci se traduirait par un plus grand besoin de recherche de sensations (Alloy & Abramson, 2010), une préférence pour les récompenses immédiates (Meyer, Johnson & Winters, 2001) et un moindre intérêt pour les conséquences futures de leurs comportements (Strakowski et al., 2010). Ainsi les comportements de santé entraînant des récompenses à long terme n'ont que peu de sens et celles-ci sont donc fortement dévalorisées au profit de l'immédiateté.

L'échelle ZTPI représente donc un outil intéressant permettant une évaluation de la perspective temporelle. Son intérêt principal dans notre sujet d'étude repose sur la prise en compte des trois dimensions temporelles ainsi que les valences qui y sont associées. De plus, ses qualités psychométriques sont satisfaisantes. Elles ont été répliquées sur un grand nombre de sujets garantissant sa validité. De plus, comme nous avons pu le voir, il a été utilisé à de nombreuses reprises dans l'étude de comportements de santé. Il s'agit donc là d'un construit stable pour lequel la littérature a pu mettre en avant des variations significatives selon les insertions sociales. Il convient donc particulièrement à notre problématique de recherche.

Nous pouvons néanmoins souligner une limite à son utilisation mais qui repose sur un choix méthodologique. Le ZTPI mesure la perspective temporelle de manière générale, c'est-à-dire qu'elle ne prend pas en compte la spécificité des comportements étudiés. Dans le cas du tabagisme, une échelle a été proposée par Fong et Hall (2003) permettant d'étudier la connexion entre le comportement actuel et ses conséquences à terme. Cette spécificité peut représenter un avantage dans l'étude de la perception des risques directement relatifs au tabac, mais l'absence de prise en compte du passé empêche la mise en perspective du comportement d'arrêt. De plus, la décision d'arrêt s'inscrit dans une perspective plus vaste que l'objet lui-même dans le sens où celle-ci conduit également à une projection du soi dans le futur.

1.2. Population et méthode

La recherche quantitative prend la forme d'une étude longitudinale multicentrique en trois vagues successives qui s'est déroulée sur 1 an dans deux populations distinctes. Un questionnaire initial (Annexe II) et des questionnaires de suivi (Annexes III à VI) basés sur les théories présentées précédemment ont été élaborés.

1.2.1. Population

1.2.1.1. Centres de tabacologie

Un premier recueil de données concernait des patients consultant en vue d'un sevrage tabagique. Ils ont été recrutés dans douze centres de consultation spécialement dédiés à cette prise en charge : le Dispensaire Emile Roux à Clermont-Ferrand, le service de Médecine du Travail de la ville de Clermont-Ferrand, le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie du Puy-de-Dôme, les centres hospitaliers universitaires de Toulouse, Rennes, Saint-Etienne, Villejuif, Grenoble, Angers, Lille, les centres hospitaliers de Vichy, Saumur.

Le recrutement et la passation des questionnaires ont été réalisés en interne grâce à l'équipe du service de tabacologie. Ceux-ci étaient proposés systématiquement à l'ensemble des nouveaux patients répondant aux critères d'inclusion. Il était précisé que le questionnaire était anonyme et confidentiel. Les patients mineurs, sous tutelle ou atteints d'une pathologie mentale non contrôlée n'étaient pas inclus dans l'étude. Le remplissage du premier questionnaire était réalisé en amont de la première consultation, celui étant adressé par voie postale ou remis directement à la prise de rendez-vous. Il était ensuite récupéré lors de la consultation initiale par l'équipe du centre. Des identifiants uniques ont été créés pour chaque patient permettant leur suivi malgré l'anonymat. A 6 mois et à 1 an de la consultation initiale, un courriel était adressé au centre afin de planifier le remplissage du questionnaire dans une fenêtre de plus ou moins un mois de la date théorique.

Lorsque les patients étaient perdus de vue aux différentes phases de recueil, dans la mesure du possible, un contact téléphonique était réalisé permettant le recueil du statut tabagique, de la présence d'une tentative d'arrêt supérieure à sept jours, les motifs de l'arrêt du suivi. Si les patients étaient fumeurs, leur motivation et auto-efficacité étaient évaluées.

Lors du recueil initial, 326 patients ont été recrutés.

1.2.1.2. Population en ligne (« Online »)

Un second recueil a consisté à interroger des fumeurs internautes tout-venant. L'objectif était d'obtenir un échantillon de fumeurs moins spécifique que des patients déjà engagés dans une démarche d'arrêt et tester si les mécanismes impliqués étaient similaires dans les deux populations. Ils ont été recrutés par le biais des réseaux sociaux (Facebook, Twitter), de

forums, de publicités ciblées par le moteur de recherche Google ou sur le site institutionnel du Conseil départemental du Puy-de-Dôme.

Pour permettre ce remplissage, une adaptation informatique du questionnaire a été réalisée à l'aide du logiciel LimeSurvey. Les questionnaires initiaux étaient semblables à ceux de la population en centres de tabacologie hormis les questions concernant l'organisation pratique de l'arrêt (e.g. orientation vers le centre de tabacologie) qui n'étaient pas pertinentes. Le questionnaire était hébergé sur les serveurs du Conseil départemental du Puy-de-Dôme.

Pour des raisons pratiques, le suivi des fumeurs a dû être organisé différemment. Le suivi devait être possible et l'anonymat garanti. Pour cela, en fin de questionnaire, les fumeurs étaient invités à saisir une adresse email de leur choix leur indiquant qu'ils seraient contactés ultérieurement pour les phases de suivi. Cette adresse de courriel étant considérée comme un moyen d'identification, il a été nécessaire de réaliser une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

De la même manière que précédemment, un fichier composé d'un identifiant unique (les adresses de courriel) et la date de remplissage a été créé afin de mettre en place des alertes pour le remplissage des questionnaires de suivi.

Un mois avant la date de remplissage théorique, les internautes étaient invités à remplir les questionnaires de suivi. Chaque email contenait là encore un identifiant unique permettant la reconnaissance des fumeurs sans saisie de l'adresse email, ce qui limite les risques d'erreur. Si les questionnaires n'étaient pas remplis dans les deux semaines suivant l'invitation, un email de rappel contenant là encore cet identifiant unique était adressé. Cette procédure étaient appliquée jusqu'à l'expiration du délai de remplissage (un mois après la date théorique).

Lors du recueil initial, 154 fumeurs internautes ont été recrutés.

1.2.2. Procédure

1.2.2.1. Recueil initial

➤ *Mesure du statut socio-économique, de la précarité et des conditions de vie*

Lors du recueil initial, les niveaux socio-économiques, de précarité et les conditions de vie ont été évalués. Le niveau de précarité a été mesuré au moyen du score Epices (Bihan, Laurent, Sass et al., 2005). Il s'échelonne de 0 « niveau minimum », à 100 « niveau maximum ». Cet

indicateur a été à plusieurs reprises lié aux dimensions habituellement associées à la précarité (niveau de diplôme, chômage, problèmes de santé...) (Sass et al., 2006). Une valeur seuil définie par le Cetaf à 30,17 permet l'identification d'une situation de précarité.

En vue de comprendre quelles dimensions des insertions sociales influencent la perspective temporelle, nous avons souhaité vérifier ses liens à la fois avec les mesures habituelles du statut socio-économique et avec une évaluation subjective des conditions de vie. Le statut socio-économique a donc été évalué par le niveau de diplôme le plus élevé, la catégorie socioprofessionnelle, les revenus du foyer ainsi que deux échelles de statut social subjectif. Ces dernières permettent au sujet d'évaluer subjectivement sa position au niveau de la société et de son quartier son statut social. Leur utilisation a d'ailleurs été validée dans le domaine de la santé (Ribet, Gueguen, Melchior, Singh-Manoux, Zins, Goldberg, 2008).

L'objectif de cette étude étant de comprendre comment le statut socio-économique est susceptible d'avoir un impact au niveau de l'individu, nous avons complété ces mesures par une évaluation des conditions de vie. Ainsi, nous avons créé un inventaire prenant en compte la perception de restrictions financières. Les sujets étaient invités à se positionner sur une échelle en 5 points (1 = aucune restriction à 5 = beaucoup de restrictions) concernant les vacances et les loisirs, l'habillement, la voiture et les déplacements, l'alimentation, le logement, les soins médicaux et les dépenses pour les enfants.

Les conditions d'emploi (horaires...), de logement (type de logement, quartier d'habitation...) et la qualité du quartier sont également prises en compte. Revenant à la définition même des situations de précarité, la perception de stabilité/instabilité de l'environnement est évaluée. Les sujets répondent sur une échelle en 5 points (1 = très instable à 5 très stable) pour estimer la stabilité de leur emploi s'ils travaillent, de leurs revenus, de leurs conditions de logement, de leur état de santé, de leurs relations familiales et amicales.

➤ *Mesure de la perspective temporelle*

L'échelle ZTPI s'inscrit donc comme particulièrement pertinente car elle prend en compte l'orientation dans les différentes dimensions temporelles ainsi que les valences associées. Elle a montré sa pertinence dans l'étude des problématiques de santé. Les recherches menées ont également mis en évidence des liens avec le statut socio-économique et les niveaux de précarité. Plusieurs travaux ont validé l'utilisation d'une version courte de cette échelle. Dans cette étude, la perspective temporelle a été mesurée par une version courte (15 items) de l'échelle ZTPI (Fieulaine, Apostolidis & Zimbardo, 2010), à raison de trois items par

dimension. Dans l'hypothèse que les situations de précarité sont associées à une anticipation négative de l'avenir, à partir de huit items proposés par Carelli et al. (2011) une sixième dimension Futur Négatif a été adaptée en Français. Pour cela, la technique de traduction renversée a été utilisée (Maher, Latimer & Costa, 2007 ; Vallerand, 1989 ; Wild et al., 2005). Deux chercheurs bilingues de langue maternelle française ont traduit cette version en Français puis deux traducteurs anglophones l'ont retraduit en Anglais pour adapter au mieux l'intitulé des items.

Les sujets devaient donc répondre à 23 items sur une échelle de Likert s'échelonnant de 1 [Ne me correspond pas du tout] à 5 [Me correspond tout à fait].

➤ *Mesures liées à l'autorégulation*

Plusieurs recherches ont mis en évidence un effet conjoint de la perspective temporelle et du désir de contrôle. Pour mesurer ce dernier, nous avons utilisé la version française (Alain, 1989) de l'échelle de désir de contrôle proposée par Burger et Cooper (1979). Elle se compose de 20 items auxquels les sujets doivent répondre sur une échelle de Likert allant de 1 [Ne me correspond pas du tout] à 7 [Me correspond tout à fait]. Lors des phases de suivi, l'échelle brève de maîtrise de soi a été utilisée (Brief self-control scale ; Tangney, Baumeister & Boone, 2004).

➤ *Mesure des niveaux de représentation et de la distance temporelle*

Afin d'évaluer les niveaux de représentation concernant le tabagisme et l'arrêt, deux questionnaires ont été créés sur la base d'aspects renvoyant à la faisabilité vs. désirabilité. Concernant le tabagisme, les sujets devaient positionner leur degré d'accord [Pas du tout d'accord ; Plutôt pas d'accord ; Plus ou moins d'accord ; Plutôt d'accord ; Tout à fait d'accord] pour 13 items et 15 items concernant l'arrêt selon les mêmes modalités de réponse.

La mesure des distances temporelles a fait l'objet de la création de six items. Les sujets devaient positionner dans le temps les effets positifs et négatifs associés à la consommation de tabac et à l'arrêt. De la même manière, ils évaluent leur perception des risques de maladie ainsi que la mise en œuvre de l'arrêt du tabac. Les modalités de réponses permettaient de situer temporellement ces items [Dans un futur très proche ; Dans un futur proche ; Dans un futur éloigné ; Jamais]. Pour chacun d'entre eux une modalité permettait de répondre dans le présent [Je suis déjà en train d'arrêter de fumer ; Je suis, à ce jour, malade du tabac...].

➤ *Mesure des variables associées au tabagisme et à l'arrêt*

De nombreux paramètres permettant de caractériser le rapport au tabagisme et à l'arrêt ont été évalués. Certains reposent sur des questionnaires classiquement utilisés dans les consultations de sevrage tabagique tels que proposés dans le dossier de tabacologie de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé développé en partenariat avec la Société Francophone de Tabacologie.

L'âge d'initiation et de tabagisme quotidien ont été mesurés, de même que la consommation et le type de produit, ainsi que la proximité d'un lieu d'achat de tabac. Le niveau de dépendance à la nicotine a été évalué par le test de Fagerström (FTND ; Heatherton et al., 1991), les attitudes par le test ATS (Attitudes Towards Smoking ; Etter et al., 2000), le craving par le TCQ (French Tobacco Craving Questionnaire ; Berlin et al., 2010).

Concernant l'arrêt, les tentatives antérieures ont été évaluées par leur nombre, durée maximale, soutien social, motifs de rechute. L'importance et la probabilité d'arrêt, le tabagisme de l'entourage, la motivation sont mesurés par des échelles de Likert en 10 points. Le test de Richmond (Richmond et al., 1993), composé de quatre questions permet d'aborder la motivation à l'arrêt. Les motifs d'arrêt sont à cocher dans une liste. L'intention d'arrêter et l'auto-efficacité (Siahpush et al., 2006) étaient là encore mesurés par une échelle de type Likert en 10 points. Enfin, un questionnaire (Etter, Bergman et al., 2000) composé de 13 questions s'intéressait plus spécifiquement aux situations associées au tabagisme.

1.2.2.2. Questionnaires de suivi

➤ *Situation sociale*

Les questionnaires de suivi mis en place reprennent globalement les mêmes outils et servent à évaluer les changements qui se sont opérés dans l'intervalle. Les modifications dans les conditions de vie ont été évaluées concernant la situation familiale, le statut par rapport à l'emploi, les revenus et le logement.

➤ *Perspective temporelle et autorégulation*

La perspective temporelle a été là encore évaluée par la version courte de l'échelle ZTPI à laquelle une dimension Futur Négatif était ajoutée. Le désir de contrôle n'a pas été évalué lors des phases de suivi mais remplacé par un questionnaire d'autocontrôle mesurant ainsi un autre pan de l'autorégulation. Dans celui-ci, composé de 13 items, les sujets devaient répondre sur

une échelle de type Likert en 5 points s'échelonnant de 1 [Ne me correspond pas du tout] à 5 [Me correspond tout à fait].

➤ *Niveaux de représentation et distance temporelle*

De la même manière que précédemment, les niveaux de représentation vis-à-vis de l'arrêt ont été évalués et la perception des distances temporelles étaient centrées sur les effets positifs et négatifs de l'arrêt ainsi que le comportement en lui-même.

➤ *Mesure des variables associées au tabagisme et à l'arrêt*

Comme réalisé initialement, le niveau de craving était évalué à l'aide du TCQ ainsi que les situations associées au tabagisme. Dans le cas où une tentative d'arrêt supérieure à sept jours a été réalisée, le statut tabagique était recueilli, la durée de celle-ci en cas de rechute ainsi que les causes. Le syndrome de manque était également mesuré (Hughes & Hatsukami, 1998) à l'aide de huit symptômes du syndrome de sevrage et leur intensité.

Lorsque le sujet est toujours fumeur aux phases de recueil, un nouveau bilan tabagique est réalisé prenant en compte sa consommation, motivation, intention et auto-efficacité par rapport à l'arrêt.

2. Recherche qualitative

2.1. Description

Dans le cadre d'une méthodologie mixte, une série d'entretiens semi-directifs a été réalisée. Leur objectif est de permettre une meilleure compréhension du tabagisme et de l'arrêt, et ainsi d'éclairer les résultats quantitatifs obtenus. Ils rendent possible également de saisir la complexité de cet objet social en évolution qui se situe à un carrefour historique, social, identitaire et biologique.

Nous avons vu que l'expérience des conditions de vie conduit à des profils différenciés se répercutant sur la sphère motivationnelle. L'objectif d'une démarche qualitative est de saisir comment les fumeurs souhaitant arrêter leur tabagisme donnent du sens à ce désir. A travers cette expérience personnelle ancrée socialement, elle repose sur la mobilisation de croyances construites au fil des ans par une pratique quotidienne, ainsi que la perception d'effets négatifs présents ou à venir. Ces constructions sont autant basées sur la modification des états

internes liés à la consommation mais également à la place qu'occupe la cigarette dans la société actuelle, entre dénormalisation et stigmatisation des fumeurs. L'ensemble de cet éprouvé subjectif, une expérience vécue par le sujet dans son espace-temps de vie, ne peut être exprimé qu'à partir du discours des sujets, renvoyant à ce que Denzin (1989) qualifiait par exemple d'*insider perspective*.

L'entretien a été choisi comme méthodologie car il laisse à l'interviewé la liberté de son expression lui conférant un rôle actif. Il est perçu par le chercheur comme un expert, de son tabagisme dans notre cas. L'objectif, par une écoute active, est la compréhension la plus complète possible dans sa singularité et son historicité (Pourtois & Desmet, 2007). La difficulté repose dans notre cas dans le statut propre attribué à l'entretien par les fumeurs. La clarification de la démarche de recherche est nécessaire pour qu'ils puissent le séparer des entretiens médicaux centrés sur l'arrêt. L'entretien tabacologique, s'il peut être intéressé par les données recueillies par l'entretien de recherche, se centre plutôt sur une évaluation de la situation et le renforcement de la motivation à l'arrêt selon différentes interventions (Perriot, 2003) : information sur les risques à court et long terme, information sur les bénéfices de l'arrêt, identification et prévention des obstacles, précision et répétition des motivations concernant l'arrêt. Cette dissociation est nécessaire pour éviter des entretiens empreints de normativité et de désirabilité sociale.

Les enjeux associés à cette recherche nécessitent, si cela n'est pas le cas spontanément, d'aborder certaines thématiques nous intéressant de manière plus spécifique. En cela, une méthodologie semi-directive a été choisie.

2.2. Population et méthode

Ces entretiens concernaient les patients souhaitant consulter en centres de tabacologie en vue de leur arrêt. Ils ont été recrutés dans la file d'attente du centre de tabacologie Emile Roux à Clermont-Ferrand. Un premier contact était pris par téléphone leur présentant brièvement l'objet de la recherche. Il leur était ensuite proposé de participer à un entretien qui serait anonymisé mais enregistré en vue de sa retranscription. Une fois l'accord obtenu, une date de rendez-vous était définie. Les entretiens se déroulaient soit au domicile des patients, soit au sein de la circonscription d'action médico-sociale, lieu ne présentant aucune connotation médicale en vue de limiter les biais.

Le guide d'entretien (Tableau I) a été élaboré en plaçant le tabagisme dans une trajectoire temporelle et dans un contexte environnemental. Les thématiques abordées concernaient tout d'abord le tabagisme actuel. Les aspects positifs et négatifs de la consommation étaient abordés ainsi que son ancrage social et contextuel. Le développement tabagique, depuis l'initiation jusqu'à la consommation actuelle permettait la mise en perspective du tabagisme et d'envisager l'évolution des modes de consommation selon les expériences de vie. Les tentatives antérieures, les motivations passées étaient abordées de même que la prise de décision actuelle ayant amené ces fumeurs à la consultation. Les facteurs mélioratifs ou péjoratifs sont ainsi envisagés, de même que la perception des traitements ou la cigarette électronique.

Les entretiens débutaient de la même manière. Après avoir précisé la garantie d'anonymat, et l'enregistrement des données, il était demandé à chacun de parler de la cigarette. Les questions du guide n'étaient formulées que lorsque les fumeurs interviewés ne les abordaient pas spontanément.

Tableau I : Thèmes du guide d'entretien

Tabagisme actuel
Représentation du fumeur
Importance du tabac
Identité
Normes sociales
Impact des conditions de vie
Effets positifs et négatifs
Initiation tabagique
Contexte d'initiation
Motivations
Evolution du rapport au tabac
Tentatives d'arrêt antérieures
Contexte, motivations
Durée
Expérience et rechute
Soutien social
Arrêt du tabagisme
Motivations actuelles
Facteurs de réussite ou d'échec
Traitements
Connaissance, expérience et représentation
Cigarette électronique
Connaissance, expérience et représentation

A la fin de chaque entretien, des données socio-démographiques étaient recueillies (âge, sexe) ainsi que des indicateurs du statut socio-économique (catégorie socio-professionnelle, bénéficiaire d'aide(s) sociale(s)) et de précarité (score Epices).

L'analyse des données a été réalisée de deux manières complémentaires : une analyse thématique classique (Bardin, 1977) et une analyse lexicale automatisée de type Alceste (Reinert, 1993, 2001) grâce au logiciel Iramuteq (Ratinaud & Déjean, 2009). L'objectif de cette première analyse est d'aborder l'univers lexical associé au tabagisme, repérer les thématiques abordées, leur importance et leurs imbrications. L'objectif de la seconde méthode est complémentaire. Elle permet d'aborder les différents mondes lexicaux et leur organisation logique (Reinert, 1993).

Résultats

1. Résultats de la partie quantitative

1.1. Description de la population

1.1.1. Caractéristiques socio-démographiques

Au total, 480 fumeurs ont été inclus dans notre étude, dont 326 dans des centres de tabacologie, synonyme d'un investissement dans une démarche d'aide à l'arrêt du tabagisme, 154 par le biais du questionnaire en ligne ciblant donc des fumeurs internautes tout-venant.

Afin de caractériser nos deux échantillons, nous les avons comparés d'un point de vue socio-démographique en utilisant des analyses de variances et tests du Chi² (Tableau II). La population recrutée dans les centres de tabacologie est significativement plus âgée que la population Online. Les femmes sont surreprésentées dans les deux échantillons mais de manière plus importante dans la population Online. Dans cette dernière, les fumeurs sont plus souvent propriétaires. Aucune différence dans la situation familiale n'est à noter, la majorité vivant en couple.

Tableau II : Description socio-démographique des populations recrutées en centres de tabacologie et sur internet

Echantillon	Centres	Online	p
N	326	154	
Age (m, SD)	45,6 (12,1)	37,7 (11,7)	.000
Sex-ratio	0,80	0,28	.000
<i>Situation familiale (%)</i>			.93
En couple	55,3	56,4	
Seul	43,2	43,5	
<i>Statut logement (%)</i>			.001
Locataire	54,0	42,8	
Logé chez des amis/famille	0,3	3,9	
Propriétaire	42,9	51,3	

1.1.2. Caractéristiques socio-économiques

L'analyse des données socio-économiques (Tableau III) met en avant des différences significatives de niveau socio-économique mesuré par des indicateurs objectifs et subjectifs. Selon le niveau de diplôme, la présence d'une ou plusieurs aides financières, le statut social subjectif à l'échelle de la société, les données convergent dans le sens d'un plus faible niveau socio-économique dans la population fréquentant les centres de tabacologie. Seul un effet tendanciel est observé pour les niveaux de revenu.

Tableau III : Description socio-économique des populations recrutées en centres de tabacologie et sur internet

	Centres	Online	p
<i>Niveau de diplôme (%)</i>			.000
Inférieur au Bac	38,4	10,3	
Supérieur ou égal au Bac	60,4	89,7	
<i>Aides financières (%)</i>			.01
Aucune	67,8	78,6	
<i>Revenus du foyer (%)</i>			.056
≤ 1500€	34,1	26,0	
> 1500€	62,2	72,1	
<i>Statut social subjectif</i>			
Société	5,27 (1,77)	5,65 (1,59)	.02
Quartier	5,86 (1,96)	5,91 (1,84)	.80

1.1.3. Caractéristiques tabagiques

Les caractéristiques tabagiques (Tableau IV) vont dans le sens de l'investissement d'une démarche d'arrêt mais également de difficultés supérieures dans la population fréquentant les centres de tabacologie. Dans celle-ci, la consommation journalière de cigarettes, qu'il s'agisse de roulées ou manufacturées est significativement supérieure, de même que les niveaux moyens de dépendance. La motivation à l'arrêt, l'importance ou la probabilité perçue d'arrêter, l'auto-efficacité et l'intention d'arrêt sont supérieures. Il est à noter que dans les deux échantillons, 75% des fumeurs ont tenté d'arrêter par le passé.

Tableau IV : Caractéristiques tabagiques des populations recrutées en centres de tabacologie et sur Internet

	Centres	Online	p
Age de la 1ère cigarette	15,58 (3,48)	15,8 (3,61)	.55
Age Tabagisme régulier	18,35 (4,03)	18,5 (3,78)	.67
Cigarettes manufacturées (cig/j)	15,4(10,8)	11,5 (8,9)	.000
Cigarettes roulées (cig/j)	16,9(10,0)	9,2 (7,10)	.000
Dépendance à la nicotine (FTND)	5,50 (2,47)	4,61 (2,32)	.000
Tentative antérieure d'arrêt (%)	75,0	75,3	.70
Nombre de tentatives d'arrêt (sujets ayant tenté)	2,34 (4,44)	3,25 (5,00)	.000
Motivation à l'arrêt (Richmond)	6,77 (2,02)	4,54 (2,13)	.000
Importance d'arrêter de fumer ?	9,09 (1,38)	6,9 (2,64)	.000
Probabilité de continuer à fumer	4,89 (2,33)	6,4 (2,39)	.000
Probabilité d'arrêter de fumer	7,03 (2,29)	4,7 (2,40)	.000
Auto-efficacité	6,71 (2,27)	4,99 (2,57)	.000
Intention d'arrêter	8,36 (1,70)	5,41 (2,98)	.000

Comme nous pouvions l'attendre, les deux populations que nous avons recrutées présentent des caractéristiques particulières. Celle consultant en centres de tabacologie se révèle être plus âgée et d'un moindre niveau socio-économique. Si aucune différence n'existe dans la réalisation de tentatives d'arrêt antérieures, elle présente des indicateurs motivationnels plus favorables. A l'inverse, les données tabagiques laissent présager des difficultés à l'arrêt.

1.2. Validation de la ZTPI

La notion de perspective temporelle est au cœur de nos hypothèses. L'évaluation des qualités psychométriques du questionnaire ZTPI est donc primordiale. La lourdeur des questionnaires nous a conduit à opter pour une version courte en 15 items à laquelle nous avons ajouté une dimension « Futur Négatif » telle que proposée par Carelli et al. (2011).

1.2.1. 15 items

La version en 15 items que nous avons intégrée est basée sur une validation non publiée (Fieulaine, Apostolidis & Zimbardo, 2010) réalisée sur cinq populations et utilisée dans différents travaux. Les items sont répartis en cinq facteurs comme dans la version princeps (Zimbardo & Boyd, 1999 ; Apostolidis & Fieulaine, 2004). Une analyse en composantes principales avec rotation Varimax a tout d'abord été réalisée pour extraire la structure factorielle. Les critères que nous avons utilisés pour la solution factorielle sont basés sur une

valeur propre supérieure à 1 conformément aux propositions de Kaiser (1960) ainsi que la règle du coude (Cattell, 1966 ; Cattell & Vogelmann, 1977) permettant la discrimination des facteurs possédant une valeur propre proche de 1.

1.2.1.1. Population en centres de tabacologie

Dans la population en centres de tabacologie, une structure en cinq facteurs a émergé. Elle explique 63,8% de la variance (Tableau V). Tous les itemsaturent fortement les facteurs attendus. Le facteur « Passé Négatif » possède la valeur propre la plus élevée (VP=3,06) et explique 20,37% de la variance. Il regroupe les items 3, 18 et 19. Le facteur « Futur » présente une valeur propre égale à 2,23 et explique 14,87% de la variance. Il correspond aux items 5, 12 et 15. Le troisième facteur renvoie à la dimension « Présent Hédoniste », présente une valeur propre de 1,81 et explique 12,08% de la variance. Les items le saturant le plus sont les 9, 14 et 17. Le quatrième facteur correspond au « Passé Positif », sa valeur propre est de 1,34 et explique 8,92% de la variance. Il se compose des items 1, 4 et 7. Enfin, le dernier facteur, « Présent Fataliste », a une valeur propre de 1,13 et explique 7,57% de la variance. Comme dans les versions princeps (Zimbardo & Boyd, 1999 ; Apostolidis & Fieulaine, 2004), l'item 10 le sature plus faiblement (.34). Dans notre analyse, il sature d'ailleurs plus fortement la dimension « Passé Négatif » (.42).

Tableau V : Analyse en composantes principales rotation Varimax de l'échelle ZTPI, solution à cinq facteurs pour la population en centres de tabacologie

Centres tabacologie (63,8%)	PN	F	PH	PP	PF	m	SD
19. Je pense aux bonnes choses que j'ai ratées dans ma vie.	,844					2,83	1,34
3. Je pense souvent à ce que j'aurais dû faire autrement dans ma vie.	,811					2,90	1,33
18. Je pense aux mauvaises choses qui me sont arrivées dans le passé.	,788					2,96	1,29
10. Je n'ai plus aucun plaisir à faire des choses si je dois penser aux objectifs, aux conséquences et aux résultats.	(,423)				,345	2,18	1,17
12. Je fais aboutir mes projets à temps en progressant étape par étape.		,816				3,57	1,15
15. Je suis capable de résister aux tentations quand je sais qu'il y a du travail à faire.		,799				3,39	1,13
5. Quand je dois réaliser quelque chose, je me fixe des buts et j'envisage les moyens précis pour les atteindre.		,727				3,88	1,05
9. C'est important de mettre de l'excitation dans ma vie.			,807			3,56	1,15
14. Je prends des risques pour mettre de l'excitation dans ma vie.			,775			2,46	1,21
17. Je me trouve toujours entraîné par l'excitation du moment.			,709			2,96	1,12
1. Les images, les odeurs et les sons familiers de mon enfance me rappellent souvent des souvenirs merveilleux.				,784		3,33	1,19
4. Le fait de penser à mon passé me donne du plaisir.				,780		2,93	1,12
7. Les souvenirs heureux des bons moments me viennent facilement à l'esprit.				,728		3,60	1,02
6. Puisque ce qui doit arriver arrivera, peu importe vraiment ce que je fais.					,809	2,35	1,21
11. Se préoccuper de l'avenir n'a aucun sens puisque de toute façon je ne peux rien y faire.					,806	1,97	1,19
Valeur Propre	3,06	2,23	1,81	1,34	1,13		
% Variance Expliquée	20,37	14,87	12,08	8,92	7,57		

PP : Passé Positif ; PN : Passé Négatif ; PH : Présent Hédoniste ; PF : Présent Fataliste ; F : Futur

Note : Seules les saturations $\geq .30$ sont présentées

Dans cette solution factorielle, les indices de consistance interne (α de Cronbach ; Cronbach, 1951) sont proches ou supérieurs de la valeur seuil .70 généralement retenue (Nunnally & Bernstein, 1978) (Tableau VI). Les dimensions « Passé Négatif » et « Futur » présentent des valeurs acceptables ($\alpha_{PN}=.78$; $\alpha_F=.70$). Les α de Cronbach des dimensions « Passé Positif » ($\alpha_{PP}=.66$), « Présent Hédoniste » ($\alpha_{PH}=.68$) et « Présent Fataliste » ($\alpha_{PF}=.57$) sont plus faibles mais restent acceptables (Clark & Watson, 1995). De la même manière que dans les versions princeps, nous observons des intercorrélations significatives entre les différentes dimensions de la perspective temporelle mais également certains facteurs apparaissent comme

indépendants (« Présent Hédoniste » et « Passé Fataliste », « Passé Positif » et « Présent Fataliste », « Passé Positif » et « Futur »).

Tableau VI : Caractéristiques et intercorrélations des dimensions de la perspective temporelle dans la population en centres de tabacologie

	Moyenne	Ecart-type	α	Passé Négatif	Présent Hédoniste	Présent Fataliste	Futur
Passé Positif	3,29	0,86	.66	-,19**	,17**	-,05	,05
Passé Négatif	2,92	1,10	.78		-,01	,40**	-,14*
Présent Hédoniste	2,97	0,91	.68			,12*	,16**
Présent Fataliste	2,17	0,88	.57				-,15**
Futur	3,60	0,88	.70				

** $p < .01$; * $p < .05$

1.2.1.2. Population Online

Dans la population Online, la même structure en cinq facteurs a été retrouvée. Elle explique 64,7% de la variance (Tableau VII). Là encore, l'ensemble des items sature fortement les facteurs dans lesquels ils étaient attendus. Le facteur « Passé Négatif » présente une valeur propre de 3,25, explique 21,64% de la variance et renvoie aux items 3, 18 et 19. Le deuxième facteur « Présent Fataliste » a une valeur propre de 2,47 et explique 16,48% de la variance. Il correspond aux items 6, 10 et 11. Le facteur « Passé Positif » a une valeur propre de 1,45 et explique 9,67% de la variance. Les items le saturant le plus sont les 1, 4 et 7. La dimension « Futur » explique 8,96% de la variance avec une valeur propre de 1,34. Elle correspond aux items 5, 12 et 15. Enfin, le facteur « Présent Hédoniste » présente une valeur propre de 1,19 et explique 7,92% de la variance. Il se compose des items 9, 14 et 17. Même si de fortes saturations sont observées dans les dimensions attendues, certains itemsaturent fortement d'autres facteurs limitant ainsi la qualité psychométrique de l'échelle (items 10, 12 et 15).

Tableau VII : Analyse en composantes principales rotation Varimax de l'échelle ZTPI, solution à cinq facteurs pour la population Online

Online (64,7%)	PN	PF	PP	F	PH	m	SD
19. Je pense aux bonnes choses que j'ai ratées dans ma vie.	,833					2,48	1,22
3. Je pense souvent à ce que j'aurais dû faire autrement dans ma vie.	,785					2,77	1,33
18. Je pense aux mauvaises choses qui me sont arrivées dans le passé.	,778					2,83	1,25
11. Se préoccuper de l'avenir n'a aucun sens puisque de toute façon je ne peux rien y faire.		,761				1,95	1,13
6. Puisque ce qui doit arriver arrivera, peu importe vraiment ce que je fais.		,684				2,29	1,22
10. Je n'ai plus aucun plaisir à faire des choses si je dois penser aux objectifs, aux conséquences et aux résultats.		,561		(-,443)		2,26	1,17
4. Le fait de penser à mon passé me donne du plaisir.			,775			2,62	1,10
7. Les souvenirs heureux des bons moments me viennent facilement à l'esprit.			,758			3,53	1,15
1. Les images, les odeurs et les sons familiers de mon enfance me rappellent souvent des souvenirs merveilleux.			,752			3,16	1,29
5. Quand je dois réaliser quelque chose, je me fixe des buts et j'envisage les moyens précis pour les atteindre.				,778		3,71	1,17
15. Je suis capable de résister aux tentations quand je sais qu'il y a du travail à faire.		(,382)		,724		3,27	1,18
12. Je fais aboutir mes projets à temps en progressant étape par étape.		(-,374)		,645		3,57	0,99
14. Je prends des risques pour mettre de l'excitation dans ma vie.					,783	2,40	1,24
9. C'est important de mettre de l'excitation dans ma vie.					,756	3,55	1,24
17. Je me trouve toujours entraîné par l'excitation du moment.					,705	3,14	1,22
Valeur Propre	3,25	2,47	1,45	1,34	1,19		
% Variance Expliquée	21,64	16,48	9,67	8,96	7,92		

PP : Passé Positif ; PN : Passé Négatif ; PH : Présent Hédoniste ; PF : Présent Fataliste ; F : Futur

Note : Seules les saturations $\geq .30$ sont présentées

Dans la population Online, nous observons également des intercorrélations significatives entre les dimensions de la perspective temporelle mais ces liens diffèrent de la population précédente (Tableau VIII). Les dimensions « Passé Positif » et « Passé Négatif » apparaissent comme indépendantes, de même que les dimensions « Passé Positif » et « Futur », « Passé Négatif » et « Présent Hédoniste », « Présent Hédoniste » et « Présent Fataliste », « Présent Hédoniste » et « Futur ». Bien que plutôt faibles, sauf pour la dimension « Passé Négatif », les

indices de consistance interne restent acceptables ($\alpha_{PP}=.70$; $\alpha_{PN}=.76$; $\alpha_{PH}=.65$; $\alpha_{PF}=.65$; $\alpha_F=.60$).

Tableau VIII : Caractéristiques et intercorrélations des dimensions de la perspective temporelle dans la population Online

	Moyenne	Ecart-type	α	Passé Négatif	Présent Hédoniste	Présent Fataliste	Futur
Passé Positif	3,10	0,93	.70	-,04	,33**	-,15*	,01
Passé Négatif	2,69	1,04	.76		,03	,36**	-,27**
Présent Hédoniste	3,03	0,95	.65			-,13	-,04
Présent Fataliste	2,17	0,90	.65				-,33**
Futur	3,52	0,84	.60				

** $p<.01$; * $p<.05$

1.2.1.3. Analyses factorielles confirmatoires

Les analyses en composantes principales ont permis de retrouver la structure en cinq dimensions de l'inventaire ZTPI. A l'aide du module AMOS de SPSS 21, nous avons réalisé une analyse factorielle confirmatoire dans les deux populations, l'objectif étant de valider ou infirmer la solidité du modèle théorique. Dans les deux cas, les indicateurs sont satisfaisants (Arbuckle & Wothke, 1999 ; Arbuckle, 2003 ; Byrne, 2001) (Tableau IX). Les modèles obtenus sont significatifs ($\chi^2_{centres}(80)=145,7$; $p<.001$ et $\chi^2_{online}(80)=113,2$; $p<.01$). Le GFI (Goodness of Fit Index ; Byrne, 1994) est supérieur à .90, de même que le CFI (Comparative Fit Index ; Bollen, 1989) indiquant un bon ajustement des modèles. Les RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation ; Steiger & Lind, 1980) sont également satisfaisants car inférieurs à .06.

Tableau IX : Résultats des analyses factorielles confirmatoires pour une structure en cinq facteurs de la ZTPI dans les populations en centres de tabacologie et online

	Centres	Online
χ^2	145,7	113,2
DL	80	80
Significativité	<0,001	.009
χ^2/DL	1,82	1,41
GFI	.94	.91
CFI	.93	.93
RMSEA	.05	.05

La répartition des items dans les différents facteurs dans ce modèle en cinq dimensions est donc validée et correspond à nos attentes au vue de la littérature (Tableau X).

Tableau X : Résumé des items de la ZTPI-15 présentant les plus fortes saturations

Dimensions	Centres	Online
Passé Positif	1, 4, 7	1, 4, 7
Passé Négatif	3, 18, 19	3, 18, 19
Présent Hédoniste	9, 14, 17	9, 14, 17
Présent Fataliste	6, 10, 11	6, 10, 11
Futur	5, 12, 15	5, 12, 15

1.2.2. Hypothèse d'une 6^{ème} dimension de la ZTPI

L'hypothèse de l'existence de sous-dimensions de la perspective temporelle Future a été discutée à de nombreuses reprises (Zimbardo & Boyd, 1999 ; Carelli et al., 2011, 2015). Ainsi, afin d'envisager les liens possibles entre les situations de précarité et le rapport au futur, nous avons souhaité ajouter cette sixième dimension dont l'opérationnalisation a été proposée par Carelli et al. (2011, 2015). Dans cette version, la dimension « Futur Négatif » se compose de huit items (Tableau XI).

Tableau XI : Les huit items de la dimension « Futur Négatif » de la perspective temporelle tels que proposés par Carelli et al. (2011, 2015)

To think about my future makes me sad
I often feel that I cannot fulfill my obligations to friends and authorities
At night I often reflect on tomorrow's challenges
The future contains too many boring decisions that I do not want to think about
I often think that I do not have time for everything I have planned to do in one day
Usually, I do not know how I will be able to fulfill my goals in life
If I have to take a quick decision I am often worried that it was wrong
I feel pressure not to be finished with different projects on time

Nous avons utilisé la technique de traduction renversée pour l'adaptation de ces items en Français (Maher, Latimer & Costa, 2007 ; Vallerand, 1989 ; Wild et al., 2005). La traduction obtenue est présentée dans le tableau XII.

Tableau XII : Traduction des huit items de la dimension « Futur Négatif » de la perspective temporelle tels que proposés par Carelli et al. (2011, 2015)

Penser à mon futur me rend triste
J'ai souvent l'impression que je ne pourrai pas respecter mes engagements
La nuit, je réfléchis souvent aux défis du lendemain
Le futur contient beaucoup trop de décisions ennuyeuses auxquelles je n'ai pas envie de penser
Je pense souvent que je n'ai pas le temps de faire tout ce que j'avais prévu dans la journée
Habituellement, je ne sais pas si je vais être en mesure d'atteindre mes objectifs dans la vie
Si j'ai une décision à prendre rapidement, j'ai souvent peur que cette décision soit mauvaise
Je me sens stressé lorsque je ne peux terminer à temps ce que j'ai à faire

Comme précédemment, nous avons réalisé une analyse en composantes principales pour tester la structure factorielle.

1.2.2.1. Centres de tabacologie

Les analyses exploratoires ont mis en évidence que plusieurs items (« *J'ai souvent l'impression que je ne pourrai pas respecter mes engagements* » et « *Le futur contient beaucoup trop de décisions ennuyeuses auxquelles je n'ai pas envie de penser* ») issus de cette traduction étaient ambigus car saturaient fortement plusieurs dimensions de la perspective temporelle. De même, les items « *Penser à mon futur me rend triste* » et « *La nuit, je réfléchis souvent aux défis du lendemain* » avaient un impact négatif sur la consistance interne de cette sous-échelle. Dans cet échantillon, seuls les quatre items restants ont été conservés. L'analyse en composantes principales a permis de mettre en évidence une structure en six facteurs composée des cinq facteurs identifiés précédemment et d'une dimension dans laquelle les quatre items « Futur Négatif »aturent fortement. Ce facteur présente une valeur propre de 2,37 et explique 12,48% de la variance. Il est à noter malgré tout que deux de ces itemsaturent également la dimension « Passé Négatif ».

La consistance interne de cette sixième dimension que nous appelons « Futur Négatif » est satisfaisante ($\alpha_{FN}=.72$) (Tableau XIII). Cette dimension apparaît significativement corrélée à l'ensemble des autres dimensions sauf « Présent Hédoniste ». Elle l'est positivement avec « Passé Négatif » et « Présent Fataliste », négativement avec « Passé Positif » et « Futur », ce qui atteste d'une connotation plutôt péjorative.

Tableau XIII : Caractéristiques et intercorrélations des dimensions de la perspective temporelle dans la population centres de tabacologie

	Moyenne	Ecart-type	α	Passé Négatif	Présent Hédoniste	Présent Fataliste	Futur	Futur Négatif
Passé Positif	3,29	0,86	.66	-,19**	,17**	-,05	,05	-,13*
Passé Négatif	2,92	1,10	.78		-,01	,40**	-,14*	,46**
Présent Hédoniste	2,96	0,91	.68			,12*	,16**	,10
Présent Fataliste	2,17	0,88	.57				-,15**	,29**
Futur	3,61	0,88	.70					-,11*
Futur Négatif	3,11	0,93	.72					

** $p < .01$; * $p < .05$

1.2.2.2. Online

Comme dans la population précédente, certains items ont été supprimés suite aux analyses exploratoires (« *Penser à mon futur me rend triste* », « *J'ai souvent l'impression que je ne pourrai pas respecter mes engagements* », et « *La nuit, je réfléchis souvent aux défis du lendemain* ») car ils présentaient une faible qualité de représentation. Seuls cinq items ont donc été conservés pour évaluer cette dimension. Comme attendu, une structure en six facteurs a été retrouvée expliquant 63,7% de la variance. Néanmoins, la distinction des dimensions est moins précise que précédemment et plusieurs items saturent fortement deux dimensions. Les items 5 et 12 associés à la dimension « Futur » présentent des saturations supérieures dans la dimension « Présent Fataliste ». Dans cette analyse, le facteur « Futur Négatif » possède une valeur propre de 2,53 et qui explique 12,7% de la variance. Les items associés à ce facteur correspondent à ceux attendus avec des saturations élevées (items 16, 20, 21, 22, 23).

L'indice de cohérence interne de cette dimension est satisfaisant ($\alpha_{FN}=.74$) (Tableau XIV). Ce facteur apparaît indépendant des dimensions « Passé Positif » et « Présent Hédoniste ». Il est significativement et positivement corrélé au « Passé Négatif », « Présent Fataliste », négativement à la dimension « Futur ».

Tableau XIV : Caractéristiques et intercorrélations des dimensions de la perspective temporelle dans la population Online

<i>Online</i>	Moyenne	Ecart-type	α	Passé Négatif	Présent Hédoniste	Présent Fataliste	Futur	Futur Négatif
Passé Positif	3,10	0,93	,70	,04	,33**	-,15	,01	,04
Passé Négatif	2,69	1,04	,76		,03	,36**	-,27	,44**
Présent Hédoniste	3,03	0,95	,65			-,13	-,04	-,05
Présent Fataliste	2,17	0,90	,65				-,33**	,31**
Futur	3,52	0,83	,60					-,17*
Futur Négatif	3,05	0,85	,74					

** $p < .01$; * $p < .05$

Une analyse factorielle confirmatoire a été réalisée pour tester l'ajustement de nos données à cette structure en six facteurs (Tableau XV). Dans la population en centres de tabacologie, les résultats obtenus sont satisfaisants ($\chi^2(137)=265,03$; $p < .001$; $\chi^2/DL=1,93$; GFI=.92 ; CFI=.91 ; RMSEA=.05) contrairement à ceux de l'échantillon Online. Dans ce dernier, même si le modèle est significatif, les indicateurs laissent apparaître un faible ajustement des données ($\chi^2(155)=241,5$; $p < .001$; $\chi^2/DL=1,56$; GFI=.86 ; CFI=.87 ; RMSEA=.06).

Tableau XV : Résultats des analyses factorielles confirmatoires pour une structure en six facteurs de la ZPTI dans les populations en centres de tabacologie et online

	Centres	Online
Chi ²	265,03	241,5
DL	137	155
Significativité	<0,001	<0,001
Chi ² /DL	1,93	1,56
GFI	.92	.86
CFI	.91	.87
RMSEA	.05	.06

Dans la population en centres de tabacologie, la dimension « Futur Négatif » est donc composée de quatre items (Tableau XVI) et présente des qualités psychométriques satisfaisantes. Pour l'échantillon Online, cette dimension est composée des mêmes quatre items ainsi que d'un cinquième (« *Le futur contient beaucoup trop de décisions ennuyeuses auxquelles je n'ai pas envie de penser* ») mais ses qualités psychométriques sont faibles.

Tableau XVI : Résumé des items de la ZTPI en six dimensions présentant les plus fortes saturations

Dimensions	Centres	Online
Passé Positif	1, 4, 7	1, 4, 7
Passé Négatif	3, 18, 19	3, 18, 19
Présent Hédoniste	9, 14, 17	9, 14, 17
Présent Fataliste	6, 10, 11	6, 10, 11
Futur	5, 12, 15	5, 12, 15
Futur Négatif	20, 21, 22, 23	16, 20, 21, 22, 23

1.2.2.3. Synthèse

Dans les deux populations de notre étude, les résultats des analyses factorielles montrent la pertinence d'une version courte du ZTPI en cinq dimensions. Ils confortent ainsi les travaux d'autres auteurs (D'alessio et al., 2003 ; Zhang et al., 2013 ; Sircova et al., 2014 ; Kostal et al., 2015) et valident son utilisation auprès d'un public de fumeurs.

Si les validations d'une structure en cinq dimensions ont été répliquées à de nombreuses reprises, la question de l'unicité de la dimension future a souvent été discutée. Dans la version courte que nous avons utilisée, les items composant cette dimension « Futur » renvoient principalement aux capacités de planification et d'organisation. En cela, elle paraît être éloignée de considérations émotionnelles ou cognitives telles qu'elles peuvent exister dans les autres dimensions de la perspective temporelle. Dans ce sens, plusieurs échelles existent et mesurent des croyances ou des attentes précises envers le futur (e.g. Husman & Shell, 2008), un aspect émotionnel (e.g. Zaleski, 1996) ou bien créent un pont entre le présent et le futur par une orientation centrée sur des comportements comme la consommation d'alcool chronique ou de tabac (Hall, 2013).

Conformément à la proposition de Carelli et al. (2011, 2015), la dimension « Futur Négatif » a été adaptée dans la perspective d'aborder un aspect anxiogène du futur. Les résultats obtenus par ces auteurs semblent concluants ainsi que ceux de Kostal et al. (2015) qui vont

dans le même sens. Dans nos analyses, nous avons également intitulé ce facteur « Futur Négatif » mais après examen des items restants (*« Je pense souvent que je n'ai pas le temps de faire tout ce que j'avais prévu dans la journée »*, *« Je me sens stressé lorsque je ne peux terminer à temps ce que j'ai à faire »*, *« Habituellement, je ne sais pas si je vais être en mesure d'atteindre mes objectifs dans la vie »*, *« Si j'ai une décision à prendre rapidement, j'ai souvent peur que cette décision soit mauvaise »* et pour la population Online, *« Le futur contient beaucoup trop de décisions ennuyeuses auxquelles je n'ai pas envie de penser »*), il est important de souligner que ces items ne correspondent pas à une anticipation négative de l'avenir. Ils renvoient plutôt à une notion de pression temporelle, de contrainte voire d'anxiété rejoignant ainsi les travaux de Zaleski (1996) sur l'anxiété future (« Future Anxiety »).

Même si nous ne sommes pas face à cette anticipation de l'avenir, cet auteur a montré que l'anxiété future s'inscrit dans une construction entre la personnalité d'un individu et son environnement social et sociétal et revêt un caractère motivationnel (Zaleski, 1996). En cela, cette dimension représente malgré tout un construit intéressant à étudier dans le cadre de la précarité, du tabagisme et de l'arrêt pour son impact sur la sphère motivationnelle.

1.3. Modélisation de l'édification du comportement d'arrêt

1.3.1. Description de la population perdue de vue à chaque vague

Cette étude s'inscrit dans un protocole longitudinal. L'identification des critères susceptibles de caractériser les fumeurs perdus de vue à 6 mois et à 1 an représente un enjeu important (Tableau XVII). Parmi ces critères, l'ensemble des variables tabagiques mesurées à T0, le niveau de précarité, la perspective temporelle ainsi que l'âge et le sexe ont été testés. La dimension « Présent Fataliste » de la perspective temporelle apparaît comme un prédicteur des fumeurs perdus de vue en T1 et en T2 dans la population Online. La dimension « Présent Hédoniste » l'est à T1 pour la population en centres de tabacologie. En T2, dans cette même population, le niveau de précarité est un prédicteur des patients perdus de vue.

Tableau XVII : Caractéristiques des patients perdus de vue à 6 mois et 1 an dans les populations en centres de tabacologie et Online

	Centres		Online	
	Reg. Log T1	Reg. Log T2	ANOVA T1	ANOVA T2
Epices	Wald=0,81 ; p=.37	Wald=5,46 ; p=.02	Wald=2,21 ; p=.14	Wald=2,06 ; p=.15
PH_T0	Wald=6,3 ; p=.01	Wald=1,15 ; p=.28	Wald=0,24 ; p=.62	Wald=1,07 ; p=.30
PF_T0	Wald=0,32 ; p=.57	Wald=2,88 ; p=.09	Wald=4,46 ; p=.03	Wald=3,70 ; p=.05

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; † $p < .10$

PH : Présent Hédoniste ; PF : Présent Fataliste

1.3.2. Gestion des données manquantes

Dans les protocoles longitudinaux, la problématique de gestion des données manquantes est primordiale car inévitable, qu'il s'agisse de non-réponses ponctuelles ou de mortalité expérimentale.

Tableau XVIII : Effectifs des patients suivis, perdus de vue ou ayant abandonné l'enquête à 6 mois et 1 an dans les populations en centres de tabacologie et Online

	T0	T1 (T0+6 mois)	T2 (T0+12 mois)
Centres	N=326	N suivis=69 N abandons=147 N PdV=110	N suivis=31 N abandons=168 N PdV=127
Online	N=154	N suivis=64 N PdV=90	N suivis=57 N PdV=97

Dans cette étude (Tableau XVIII), le taux d'abandon du sevrage ou de perdus de vue est particulièrement élevé mais cette mortalité de suivi est connue récurrente en tabacologie (Le Faou & Baha, 2012) car il s'agit là d'une population tout-venant (niveaux de motivation et de dépendance variables...). Pour mener à bien les analyses, une stratégie de gestion des données manquantes a dû être définie car chacune des méthodes possède des limites (Schafer & Graham, 2002 ; Collins, 2006). La variable considérée comme principale dans ces analyses est un comportement effectif d'arrêt du tabagisme pendant une durée supérieure ou égale à sept jours pendant l'enquête. Du fait qu'aucun critère ne caractérise spécifiquement les fumeurs perdus de vue, nous considérons que les données concernant l'adoption du comportement sont manquantes aléatoirement. La méthode d'imputation multiple (Rubin, 1987) a été utilisée. Elle consiste, pour chaque valeur manquante, à imputer plusieurs valeurs

plausibles dépendant des données observées puis de tester chaque jeu de données afin de retenir la valeur la plus adaptée et qui respecte les caractéristiques de la distribution des données (Cottrell et al., 2009). Les données manquantes concernant les tentatives d'arrêt ont été imputées via le module « Gestion des données manquantes » implémenté dans SPSS à partir des variables qui paraissaient les plus pertinentes : niveau de précarité, âge, sexe, variables tabagiques (motivation, dépendance, intention, niveaux de représentation...), perspective temporelle. Dans la population en centres de tabacologie, les taux de données manquantes sont de 33,7% en T1 et de 38,9% en T2. Dans l'échantillon Online, les taux d'attrition sont respectivement de 58,4% et 63,0%.

1.3.3. Evolution des scores en fonction du temps

Pour l'ensemble des patients non perdus de vue, l'importance d'arrêt, la perspective temporelle ainsi que les niveaux de représentation étaient mesurés à 6 mois et à 1 an. L'auto-efficacité et l'intention d'arrêt étaient évaluées pour les patients poursuivant leur tabagisme au moment de l'administration du questionnaire. L'évolution des différents scores a été étudiée à 6 mois et 1 an par des analyses de variances à mesures répétées. Les analyses ont été effectuées uniquement sur les données recueillies. Une diminution des scores d'auto-efficacité et d'intention entre T0 et T1, T1 et T2 est constatée, probablement due au fait que les fumeurs en arrêt ne remplissent pas ces items. Aucun effet significatif n'est constaté pour la perspective temporelle excepté dans la population Online qui voit ses scores dans la dimension « Futur Négatif » augmenter légèrement entre T0 et T2. Les scores concernant les niveaux de représentation évoluent dans le sens d'une augmentation du bas niveau dans les deux populations, et d'une diminution des représentations de haut niveau dans la population en centres de tabacologie.

1.3.4. Modélisation

A partir d'un modèle général de l'édification du comportement d'arrêt, l'identification des facteurs impliqués représente un enjeu intéressant, à la fois pour la compréhension mais également pour envisager des pistes d'optimisation des prises en charge., une modélisation des données en équations structurelles à l'aide du module AMOS de SPSS a été réalisée grâce aux données initiales et aux données imputées concernant l'existence d'au moins une tentative

d'arrêt supérieur à sept jours, son objectif étant d'aborder la construction d'une différenciation sociale de l'édification comportementale de l'arrêt du tabagisme (Annexe VII et VIII).

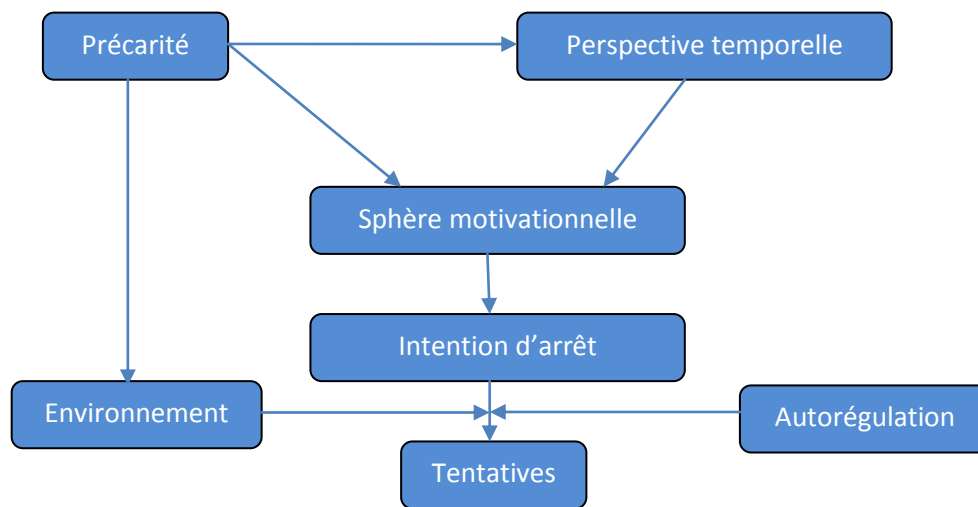


Figure 22 : Modélisation théorique du comportement d'arrêt du tabagisme

Ce modèle (Figure 22) se basait initialement sur la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991). La première étape a donc été d'ajouter les normes sociales, les attitudes, l'auto-efficacité et créer des liens sur l'intention d'arrêter, et un lien entre l'intention et le comportement. Ensuite, les niveaux de représentation puis la perspective temporelle ont été insérés pour en arriver au niveau de précarité. Dans la population en centres de tabacologie (Figure 23), le modèle obtenu, qui s'inspire de la proposition théorique de Hall et Fong (2007) présente des indicateurs tout à fait satisfaisants montrant un bon ajustement des données ($\chi^2(39)=55,35$; $\chi^2/DL=1,42$; $p<.05$; $GFI=.98$; $CFI=.99$; $RMSEA=.04$; $AIC=249,3$; $BIC=616,7$). Ainsi, des chemins significatifs ont été obtenus où le niveau de précarité influence la perspective temporelle. La perspective temporelle a un impact à la fois sur les niveaux de représentation de l'arrêt, l'auto-efficacité, les attitudes et l'intention d'arrêt. Comme attendu, des liens significatifs de l'attitude et l'auto-efficacité sur l'intention sont constatés mais aucun effet des normes sociales. Dans le modèle de l'autorégulation temporelle (Hall & Fong, 2007, 2013), les caractéristiques de l'environnement, les antécédents comportementaux et les capacités de contrôle s'inscrivent comme des modérateurs du lien entre les intentions et les comportements. Pour tester ces effets modérateurs, nous avons créé les termes d'interaction en multipliant les scores centrés de nos variables (intention x modérateur). Ces scores étaient ensuite ajoutés au modèle. Dans celui-

ci, aucun terme d'interaction (nombre de tentatives antérieures, autorégulation, âge de tabagisme régulier, consommation, craving...) ne s'avère pertinent.

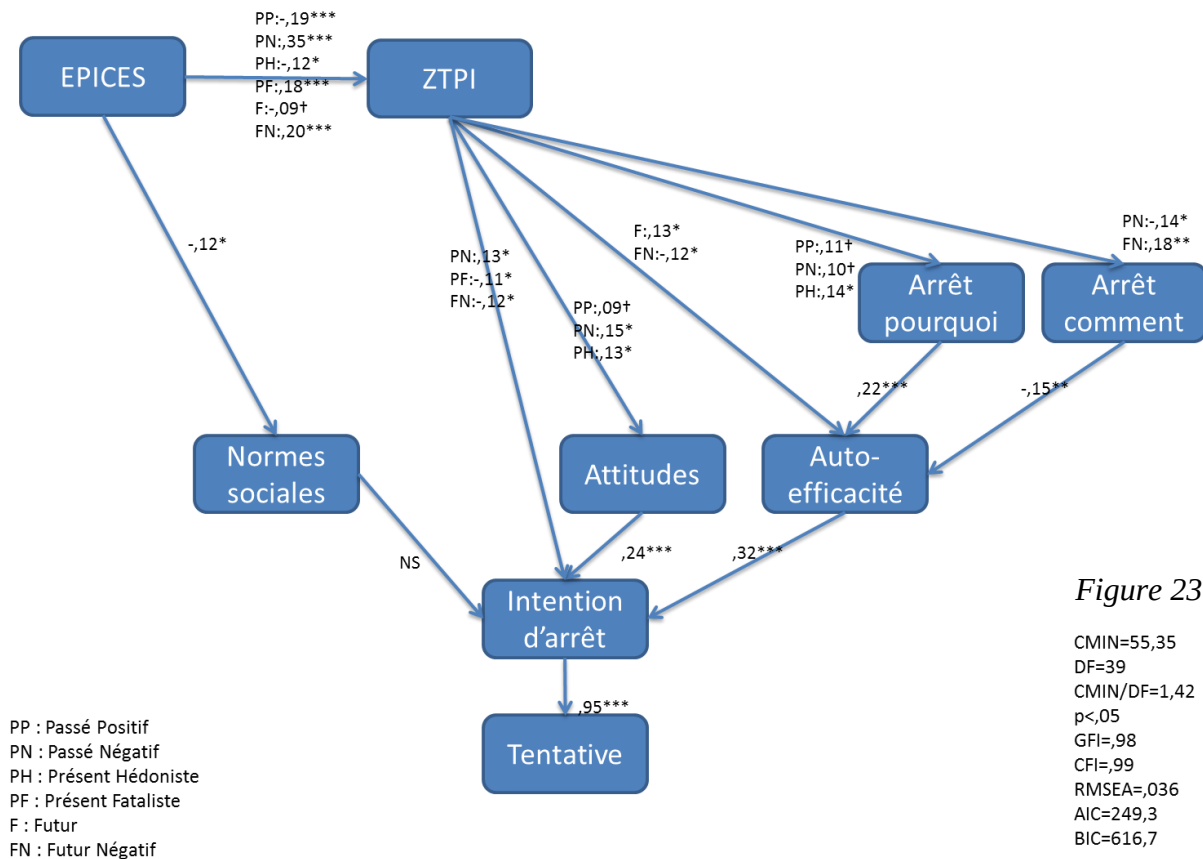


Figure 23

Dans la population Online (Figure 24), le modèle obtenu présente de bons indicateurs ($\chi^2(49)=69,0$; $p<.05$; $GFI=.95$; $CFI=.96$; $RMSEA=.05$; $AIC=241,3$; $BIC=502,5$) et est assez similaire mais diffère par certains points. Comme précédemment, le modèle initial se basait sur la théorie du comportement planifié. Les attitudes, l'auto-efficacité et les normes sociales ont un impact sur l'intention d'arrêt qui elle-même conditionne les tentatives d'arrêt. La perspective temporelle qui est modulée par la précarité influence ces variables de la sphère motivationnelle mais il est à noter un effet direct péjoratif de la dimension « Futur » sur le comportement réel. La précarité a, elle aussi, un effet négatif direct sur les tentatives d'arrêt. En plus de ces effets directs sur les comportements, les liens entre auto-efficacité et niveau de représentation diffèrent. Dans le modèle précédent, l'auto-efficacité semblait dépendre du niveau de représentation or dans ce modèle, l'auto-efficacité, par la mise à distance du comportement d'arrêt semble moduler les scores correspondant aux hauts niveaux de représentation qui eux-mêmes impactent l'intention comportementale. De la même manière que précédemment, aucun médiateur du lien entre l'intention et le comportement n'a pu être mis en évidence.

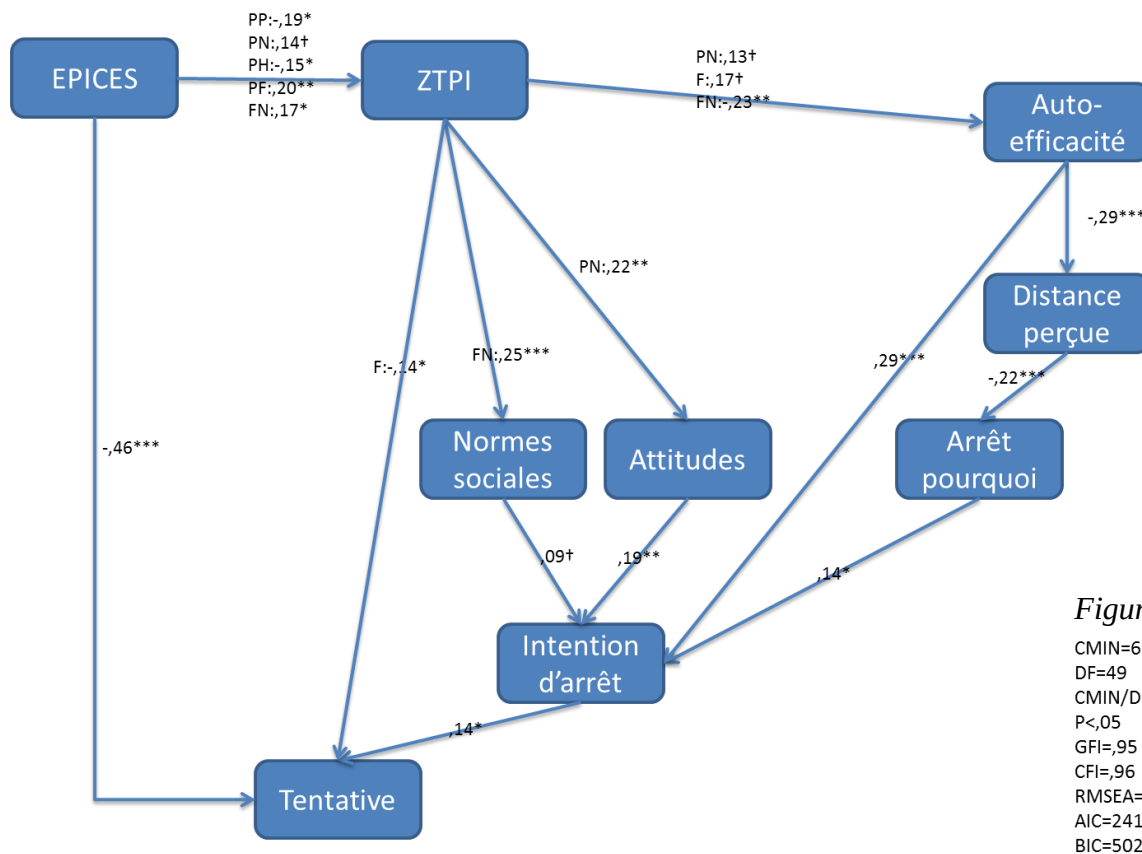


Figure 24

1.3.5. Synthèse

L'objectif de ce travail était de proposer une approche explicative du lien entre les insertions sociales et l'arrêt du tabagisme. Pour cela, une modélisation en équations structurelles nous paraissait tout à fait adaptée. Après avoir analysé les caractéristiques des fumeurs perdus de vue aux deux vagues successives, une stratégie de gestion des données manquantes a été définie. Les données manquantes ont donc été complétées par la méthode des imputations multiples avant de modéliser nos différentes variables. Même si toutes les hypothèses posées par le modèle de l'autorégulation temporelle n'ont pu être vérifiées, notamment les effets modérateurs entre les intentions d'arrêt et les comportements effectifs, les modèles que nous avons obtenus sont satisfaisants compte-tenu des indicateurs. Ils permettent ainsi d'aborder et mieux comprendre la construction des différenciations sociales dans l'édification comportementale du sevrage tabagique. Les deux modèles obtenus diffèrent sensiblement dans les liens entre les niveaux de représentation et l'auto-efficacité. Dans le modèle Online, la distanciation temporelle de l'arrêt serait due à une moindre auto-efficacité et conduirait à des différences dans les niveaux de représentation. Dans la population en centres de

tabacologie, la notion de distance n'apporte pas d'information complémentaire. Seul l'effet de la perspective temporelle sur les niveaux de représentation est significatif et entraîne des modulations du sentiment d'auto-efficacité.

Cette modélisation apparaissant pertinente, nous avons approfondi les liens unissant ces différents paramètres en vue de comprendre plus précisément comment se crée la différenciation sociale associée au tabagisme. Dans un premier temps, nous avons étudié comment se crée le lien entre les insertions sociales et la perspective temporelle, puis leur impact respectif sur le tabagisme et l'arrêt. Ensuite, nous nous sommes intéressé aux distances perçues concernant les bénéfices/risques associés au tabagisme et à l'arrêt sur les niveaux d'identification. Enfin nous avons cherché à préciser si le désir de contrôle s'inscrit comme un modérateur de la perspective temporelle dans les variables associées au tabagisme et à l'arrêt.

1.4. Statut socio-économique, précarité et conditions de vie, quel impact sur la perspective temporelle ?

Bien qu'elle y soit intimement corrélée, la notion de précarité diffère des indicateurs courants de statut socio-économique. Pour mieux appréhender son statut et sa construction, elle a été mise en perspective avec des indicateurs objectifs et subjectifs du statut socio-économique mais aussi avec les caractéristiques perçues de l'environnement et des conditions de vie.

1.4.1. Statut socio-économique et précarité

1.4.1.1. Précarité

Une analyse de variance menée sur nos populations a permis de montrer que l'échantillon en centre de tabacologie présente un niveau de précarité significativement plus élevé (Tableau XIX).

Tableau XIX : Niveau de précarité moyen dans les populations en centres de tabacologie et Online

	Centres	Online	p
Epices	25,7(18,8)	21,0 (13,68)	.005

1.4.1.2. Indicateurs de statut socio-économique et précarité

Le niveau socio-économique a été évalué en utilisant plusieurs indicateurs dont les revenus du foyer, la catégorie socio-professionnelle, le niveau de diplôme le plus élevé, ainsi qu'à l'aide de deux échelles de statut social subjectif. Dans ces dernières, le fumeur devait positionner son statut social au niveau de la société et de son quartier d'habitation. Des analyses de variance pour chaque indicateur catégoriel et deux régressions multiples pour les évaluations quantitatives ont permis d'évaluer les liens existants avec le niveau de précarité. L'ensemble des analyses était contrôlé par l'âge et le sexe (Tableau XX).

Tableau XX : Analyses de variances et régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe des indicateurs de statut socio-économique sur le niveau de précarité dans les populations en centres de tabacologie et Online

Epices	Centres	Online
Revenus	F(7, 299)=24,40***	F(8, 139)=1,46
CSP	F(9, 301)=8,46***	F(8,153)=139,3**
Niveau de diplôme	F(6, 305)=8,63***	F(5, 154)=1,59
Statut social subjectif - Société	$\beta=-.56^{***}$	$\beta=-.38^{***}$
Statut social subjectif - Quartier	$\beta=-.45^{***}$	$\beta=-.21^{**}$

*** $p<.001$; ** $p<.01$; * $p<.05$

Dans la population en centres de tabacologie, les résultats mettent en évidence des liens fortement significatifs entre les différents indicateurs socio-économiques et le niveau de précarité. Plus les indicateurs évaluent un faible niveau, plus le score de précarité est élevé. Les résultats sont similaires dans la population Online pour la catégorie socio-professionnelle et les indicateurs subjectifs mais les revenus et le niveau de diplôme ne sont pas significatifs. Cette absence d'effet peut probablement s'expliquer par une forte homogénéité de cette population.

1.4.2. Précarité, conditions de vie et perspective temporelle

La précarité apparaît intimement associée au statut socio-économique mais se pose alors la question du lien avec la perception des conditions de vie dans lesquelles évolue un sujet. Pour cela, plusieurs questionnaires ont été créés. Ils permettent ainsi l'évaluation de la perception de restrictions financières, de la qualité de l'environnement (qualité et praticité), et enfin de sa stabilité. Les données ont été analysées par quatre régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe.

Tableau XXI : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe du niveau de précarité sur la perception de l'environnement dans les populations en centres de tabacologie et Online

Epices	Restrictions financières	Qualité environnement	Qualité environnement proximité	Stabilité
Centres	.55***	-.22***	-.08	-.36***
Online	.34***	-.19*	-.07	-.27***

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Les résultats (Tableau XXI) montrent que la perception subjective de sa propre situation est associée au niveau de précarité dans les deux populations. Lorsque le niveau de précarité augmente, la perception de restrictions financières et d'instabilité s'accroît significativement et la qualité de l'environnement est jugée plus négativement.

1.4.3. Précarité et ZTPI

1.4.3.1. Effets directs

Plusieurs études ont mis en évidence un lien entre le niveau de précarité et la perspective temporelle (Fieulaine et al., 2006 ; Merson & Perriot, 2011 ; Fieulaine & Apostolidis, 2015). Des régressions multiples entre le niveau de précarité contrôlé par l'âge et le sexe sur les dimensions de la perspective temporelle ont mis en évidence ce même lien (Tableau XXII), mais de manière plus marquée dans notre population en centres de tabacologie. Dans celle-ci, le niveau de précarité est négativement associé aux dimensions « Passé Positif » et « Présent Hédoniste », et positivement aux dimensions « Passé Négatif », « Présent Fataliste » et

« Futur Négatif ». Seules les régressions sur les dimensions « Passé Positif » et « Présent Fataliste » sont significatives dans la population Online.

Tableau XXII : Coefficients de corrélation et de régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe du niveau de précarité sur les dimensions de la perspective temporelle dans les populations en centres de tabacologie et Online

Epices	Passé Positif	Passé Négatif	Présent Hédoniste	Présent Fataliste	Futur	Futur Négatif
Centres						
β	-.17**	.37***	-.12*	.21***	-.08	.20**
r	-.15**	.35***	-.09†	.18**	-.08	.21***
Online						
β	-.18*	.12	-.09	.22*	.00	.11
r	-.17*	.13†	-.17*	.15†	.03	.12†

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; † $p < .10$

1.4.3.2. Médiation : Effet de l'instabilité dans le lien entre Précarité et perspective temporelle

Selon les définitions de la précarité (Wresinski, 1987 ; Fieulaine, 2006), la notion d'instabilité représente un critère majeur. Après avoir opérationnalisé la perception de stabilité, l'existence d'un effet médiateur (Baron & Kenny, 1986) des liens existants entre les niveaux de précarité et la perspective temporelle par cette perception a été testé. Cette analyse nécessite, tout d'abord, de valider un effet de la précarité sur la perspective temporelle. Dans un second temps, le niveau de précarité doit être significativement lié à la perception de l'instabilité. Cette dernière doit également être associée à la perspective temporelle. Nous sommes en présence d'un effet médiateur si l'effet de la précarité sur la perspective temporelle disparaît lorsqu'on le contrôle par la perception d'instabilité. Afin de respecter les conditions nécessaires aux médiations, une régression multiple contrôlée par l'âge et le sexe entre le score Epices et la perception de l'instabilité a tout d'abord été réalisée (Tableau XXIII). Dans les deux populations, ce lien s'avère fortement significatif.

Tableau XXIII : Coefficients de régressions multiples contrôlés par l'âge et le sexe du niveau de précarité sur la stabilité perçue de l'environnement dans les populations en centres de tabacologie et Online

Stabilité	Centres	Online
Epices	-.35***	-.29***

*** $p < .001$

Ensuite, des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe ont évalué l'effet de l'instabilité sur les dimensions de la perspective temporelle (Tableau XXIV). Dans la population Online, l'instabilité est significativement liée aux dimensions « Passé Négatif » et « Futur Négatif » mais pas aux dimensions « Passé Positif » et « Présent Fataliste ». Les conditions d'une médiation ne sont donc pas respectées dans cette population. Dans l'échantillon en centres de tabacologie, l'instabilité est associée à toutes les dimensions de la perspective temporelle sauf le « Présent Hédoniste ». Il est donc possible de tester l'existence d'un effet médiateur sur les dimensions « Passé Positif », « Passé Négatif », « Présent Fataliste » et « Futur Négatif ».

Tableau XXIV : Coefficients de régressions multiples contrôlés par l'âge et le sexe de la stabilité perçue de l'environnement sur les sous-dimensions de la perspective temporelle dans les populations en centres de tabacologie et Online

Stabilité	Passé Positif	Passé Négatif	Présent Hédoniste	Présent Fataliste	Futur	Futur Négatif
Centres (β)	.27***	-.29***	-.02	-.21***	.14**	-.15**
Online (β)	.11	-.16*	.01	-.05	.10	-.18*

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

L'analyse de médiation a été réalisée à l'aide du module Process de SPSS développé par Hayes (2013). Cette macro calcule le score z de Sobel (1982) et permet d'évaluer la significativité d'une médiation. Une médiation totale se définit par le fait qu'un lien observé initialement devient non significatif après prise en compte d'une variable médiatrice. Une médiation est considérée comme partielle lorsque cet effet demeure significatif (Brauer, 2000).

Les résultats sont résumés dans le tableau XXV. Ils mettent en évidence des effets médiateurs significatifs du lien entre précarité et perspective temporelle par la perception de l'instabilité pour les dimensions « Passé Positif », « Passé Négatif », « Présent Fataliste », et tendanciels ($< .10$) pour la dimension « Futur Négatif ». Pour le « Passé Positif », la médiation est totale car le lien significatif existant entre la précarité et cette dimension devient non significatif

après prise en compte de l'instabilité. Les autres médiations significatives ne sont que partielles, ce lien restant malgré tout significatif. Ainsi, la perception de l'instabilité de sa situation explique-t-elle au moins partiellement le lien entre le niveau de précarité et la perspective temporelle.

Tableau XXV : Effets médiateurs des liens entre le niveau de précarité et les sous-dimensions de la perspective temporelle par la stabilité perçue dans la population en centres de tabacologie

Epices (stabilité)	β	Test de Sobel
Passé Positif	-.17** (-.07)	$z=-3,63$; $p=.0003$
Passé Négatif	.37*** (.30***)	$z=3,04$; $p=.002$
Présent Hédoniste	-.11* (-.14)	Conditions non respectées
Présent Fataliste	.21*** (.15*)	$z=2,53$; $p=.01$
Futur	-.08 (-.03)	Conditions non respectées
Futur Négatif	.19*** (.14*)	$z=1,91$; $p=.056$

*** $p<.001$; ** $p<.01$; * $p<.05$

1.4.3.3. Synthèse

Les résultats de nos analyses montrent la pertinence de l'utilisation du score Epices en tant que mesure de la précarité. Tout d'abord, nous retrouvons les constats de littérature (Sass et al., 2006) à savoir que le niveau de précarité est associé aux indicateurs socio-économiques habituels et qu'il se répartit selon un gradient. De la même manière, les indicateurs subjectifs s'organisent selon une relation linéaire négative avec le niveau de précarité, c'est-à-dire que plus ce niveau augmente, plus le statut socio-économique diminue. L'impact psychologique de la précarité repose sur une adaptation aux conditions de vie vécues (Nuttin, 1977 ; Cottle & Koenig et al., 1981 ; Fieulaine, 2006). Comme la résultante d'un processus adaptatif, des liens significatifs entre le niveau de précarité et la perspective temporelle sont mis en évidence dans les deux populations mais de manière sensiblement différente à nos attentes, la dimension « Futur » n'y étant pas associée. De manière intéressante, le niveau de précarité est également intimement associé à certaines caractéristiques de l'environnement. Ainsi, la perception subjective de la qualité de l'environnement contrairement aux aspects pratiques (proximité des commerces, structures de santé...) se révèle être un facteur important, autant que la perception de restrictions financières au quotidien. C'est dans l'instabilité perçue des conditions de vie, qui est au cœur des définitions de la précarité, que réside un facteur primordial. Les analyses de médiation réalisées mettent en évidence que le lien entre la précarité et la perspective temporelle est expliqué partiellement par cette instabilité perçue voire totalement pour la dimension « Passé Positif ». Ce constat met en exergue le principe de

contemporanéité de la perspective temporelle (Lewin, 1942) selon lequel la perception présente des conditions de vie forge le rapport au temps.

De manière intéressante, la précarité est fortement liée à la dimension « Futur Négatif » mais qui, dans les faits, correspond plutôt à une pression ou anxiété dans la gestion du temps. L'effet de médiation observé pour cette dimension n'est que tendanciel. Il ne s'agirait d'un effet entraîné par une perception d'instabilité mais pourrait renvoyer à une seconde notion centrale des définitions de précarité : l'urgence (Fieulaine, 2006, 2007). A défaut d'une projection dans l'avenir et donc d'une anticipation des conséquences, le temps présent est subi et impose des choix qui ne peuvent donc faire sens. Ainsi, seule l'expérience passée ou le rapport au présent guidera les réponses à l'urgence mais celles-ci sont biaisées par une sur-orientation dans les dimensions « Passé Négatif » et « Présent Fataliste ». Les réponses se feront donc sur une base empreinte d'échec ou de difficulté voire d'un fatalisme par une impression d'impuissance à contrôler les événements.

Les comportements tabagiques ou d'arrêt reposent sur la mise en concurrence des coûts et bénéfices qui y sont associés à court ou long terme. La différenciation sociale concernant le tabagisme a été mise en évidence à de nombreuses reprises (Merson et al., 2014). Certaines études ont d'ailleurs tenté de se positionner dans une approche explicative (Businelle et al., 2011) par l'identification de variables intermédiaires. Dans la continuité et l'approfondissement de ces résultats, nous développons les effets du statut socio-économique mesuré par différents indicateurs et de la précarité sur le rapport au tabac et à l'arrêt par le biais du rapport au temps et ses conséquences.

1.5. Statut socio-économique, tabagisme et facteurs psychosociaux

1.5.1. Statut socio-économique et tabagisme

L'évaluation du tabagisme et de l'arrêt dans les deux populations étudiées repose sur l'utilisation de plusieurs questionnaires complémentaires. Certains sont issus de la pratique clinique et sont utilisés quotidiennement par les praticiens, d'autres sont moins usités mais permettent de mieux cerner le rapport au produit et au sevrage. Enfin, d'autres questionnaires que nous présenterons ultérieurement ont été créés spécifiquement pour cette recherche. Lors de chaque analyse, ont été systématiquement testés le niveau de dépendance (FTND :

Fagerström Test for Nicotine Dependence), le craving (TCQ : Tobacco Craving Questionnaire), la motivation à l'arrêt (test de Richmond), les attitudes positives et négatives à l'égard du tabac, le tabagisme de l'entourage, les normes sociales concernant l'arrêt, le sentiment d'auto-efficacité, les niveaux de consommation, l'âge de la première cigarette, l'âge de tabagisme régulier, la perception de probabilité de continuer ou arrêter le tabagisme, le regret anticipé vis-à-vis de la poursuite ou de l'arrêt du tabagisme, les situations de consommation du tabac (hédoniques et orientées coping), le nombre de tentatives antérieures, la force de l'intention comportementale, ainsi que la présence d'une tentative d'arrêt supérieure à sept jours lors de l'enquête. Seuls les résultats significatifs sont présentés dans les tableaux.

Comme nous l'avons observé dans notre revue de littérature (Merson et al., 2014), le statut socio-économique apparaît comme un facteur déterminant du tabagisme et des variables associées. Quels que soient les indicateurs utilisés, nous observons, à travers nos analyses de variances et régressions contrôlées par l'âge et le sexe, des liens significatifs entre le niveau socio-économique et les variables associées au tabagisme. Ces effets sont d'ailleurs différenciés entre les deux populations. Dans la population en centres de tabacologie, les fumeurs présentant de bas niveaux de diplôme (Tableau XXVI) ont un craving plus important, des attitudes plus positives envers le tabagisme, un regret anticipé de l'arrêt plus élevé. Les niveaux de revenus sont associés, là encore, au craving et également au nombre de tentatives d'arrêt antérieures dans le sens où ces résultats sont plus péjoratifs parmi les revenus les plus faibles. La catégorie socio-professionnelle est aussi liée au tabagisme de l'entourage, au regret anticipé par rapport à l'arrêt ainsi qu'aux types de situations où il est difficile de ne pas fumer. Le statut social subjectif à l'échelle de la société est lui aussi associé au craving mais également à la motivation, à la probabilité de poursuite du tabagisme et au nombre de tentatives antérieures. Enfin, le statut social subjectif à l'échelle du quartier est négativement lié au niveau de dépendance, à la probabilité de poursuite du tabagisme et positivement à la motivation à l'arrêt ou au nombre de tentatives antérieures.

Dans les populations de faible niveau socio-économique, les variables tabagiques vont dans le sens d'un tabagisme caractérisé par une plus forte dépendance avec craving élevé, utilisé comme source de plaisir ou de gestion des situations stressantes, et renforcé par un entourage lui aussi fumeur. La motivation à l'arrêt est faible, les attitudes envers le tabac sont plus positives et ces fumeurs présentent moins de tentatives d'arrêt passées. Si ces critères sont plutôt péjoratifs, nous notons une absence d'effet direct sur l'intention d'arrêt.

Dans la population Online, le niveau de diplôme est associé au regret anticipé vis-à-vis de l'arrêt ainsi qu'aux intentions comportementales, là encore dans un sens péjoratif pour les populations présentant un faible niveau. De faibles revenus sont liés à moins d'attitudes négatives envers le tabac et un plus grand regret anticipé de l'arrêt. La catégorie socio-professionnelle, quant à elle joue un rôle sur la dépendance tabagique, les niveaux de craving et de consommation, le regret anticipé de l'arrêt et à une difficulté à ne pas fumer dans les situations anxiogènes. Le statut social subjectif à l'échelle de la société est associé au niveau de dépendance, de craving, de consommation ainsi qu'aux normes négatives concernant le tabac. A l'échelle du quartier, les attitudes sont moins négatives et l'entourage plus fumeur lorsque le statut socio-économique est faible.

Dans cette population, les résultats mettent en évidence une différenciation sociale dans le sens où les niveaux de consommation, dépendance, craving sont supérieurs dans les populations présentant un faible niveau socio-économique. L'entourage est plus fumeur et les normes vis-à-vis de l'arrêt plus positives. Le regret anticipé concernant l'arrêt est supérieur, le tabagisme permettant une gestion des événements négatifs. Ces faits traduisent donc une différenciation sociale à la fois sur le rapport à la consommation et à l'arrêt, et sur les comportements.

Tableau XXVI : Significativité des liens entre les indicateurs de statut socio-économique et variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online

Centres	FTND	TCQ	Richmond	Att.+	Entourage	Regret si arrête	Nb tentatives antérieures
Niv. diplôme		↘*		↘*		↘*	
Revenus		*					↗*
CSP					↘***	↘*	
SSS société		↘*	↗*				↗**
SSS quartier	↘*		↗*				↗*

Online	FTND	TCQ	Att.+	Att.-	Entourage	Normes arrêt	Conso	Regret si arrête	Intention
Niv. diplôme								↘*	↗**
Revenus				↗*				↘*	
CSP	↘***	↘*			↘*		↘***	↘*	
SSS société	↘*	↘***	↘*			↗**			
SSS quartier				↗*	↘*				

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

1.5.2. Précarité et tabagisme

Comme précédemment, les régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe menées mettent en évidence des liens significatifs entre le niveau de précarité et les variables associées au tabagisme et à l'arrêt (Tableau XXVII). Dans la population en centres de tabacologie, lorsque le niveau de précarité augmente, la motivation, l'auto-efficacité et les intentions diminuent. Les niveaux de dépendance à la nicotine, de craving et de consommation sont plus élevés. Les normes concernant l'arrêt sont plus négatives, les attitudes plus positives envers le tabac. Dans la population Online, les résultats sont assez similaires, les niveaux de dépendance, craving et consommation sont supérieurs lorsque le niveau de précarité s'accroît. Le tabagisme est associé au plaisir et au coping. De même, la probabilité perçue d'arrêter est moindre, ce qui s'avère lors du suivi puisque des régressions logistiques binaires contrôlées par l'âge et le sexe (Tableau XXVIII) mettent en évidence significativement moins de tentatives d'arrêt supérieures à sept jours et de manière tendancielle en centres de tabacologie.

Tableau XXVII : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe du niveau de précarité sur les variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online

Centres	Richmond	FTND	TCQ	Conso	Attitudes négatives tabac	Attitudes positives tabac	Norme arrêt	Auto-efficacité	Intention
Epices	-.19**	.22***	.19**	.18**	.10†	.11†	-.12*	-.11*	-.10†
Online	FTND	TCQ	Consommation						
Epices	.23**	.22**	.23**						

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; † $p < .10$

Ainsi le profil qui se dégage lorsque les niveaux de précarité s'accroissent semble tendre vers celui du « hard-core smoker » dont les études avaient déjà pu mettre en évidence un lien avec le statut socio-économique (Perriot et al., 2012).

Tableau XXVIII : Significativité des régressions logistiques binaires contrôlées par l'âge et le sexe du niveau de précarité sur la réalisation d'une tentative d'arrêt supérieure à sept jours lors du suivi dans les populations en centres de tabacologie et Online

	Centres		Online	
Tentative d'arrêt	Exp(B)	p	Exp(B)	p
Epices	0,99	.09	0,9	.02

1.5.2.1. Synthèse

Nous avons pu constater dans ces premières analyses que le statut socio-économique, mesuré selon des critères objectifs ou subjectifs, a un impact sur les variables liées au tabagisme et à l'arrêt ce qui correspond aux données de la littérature (Merson et al., 2014). De la même manière, le niveau de précarité est associé à ces variables conformément, là encore, à des études menées précédemment sur cette thématique (Merson & Perriot, 2011). Les régressions hiérarchiques que nous avons menées montrent que les effets du statut social subjectif sont expliqués au moins partiellement par les niveaux de précarité, dont les effets sont eux-mêmes dus en partie à la perception de l'environnement. Cet effet semble se répercuter principalement sur la sphère motivationnelle car les résultats convergent sur la variable motivation.

Par ailleurs, la précarité, en partie via les variables environnementales, a un impact sur les différentes dimensions de la perspective temporelle. Les situations de précarité sociale sont associées à une orientation dans les dimensions « Passé Négatif », « Présent Fataliste » et « Futur Négatif ». A l'inverse, elles renvoient à une moindre orientation dans les dimensions « Passé Positif » et « Présent Hédoniste ». Il est possible que la perspective temporelle puisse s'inscrire comme un médiateur dans le lien entre la précarité et les variables tabagiques. En effet, qu'il s'agisse des comportements tabagiques ou de l'arrêt, ceux-ci reposent sur des ancrages temporels (Bickel & Marsh, 2001) comme cela a pu être montré dans le cadre de l'étude International Tobacco Control (Sansone et al., 2013).

1.5.3. Perspective temporelle et tabagisme

1.5.3.1. Effets directs

Pour définir le rôle de la perspective temporelle dans le rapport au tabagisme et à l'arrêt, une série de régressions multiples a été réalisée (Tableau XXIX) dans lesquelles l'ensemble des dimensions de la perspective temporelle étaient prises en compte et contrôlées par l'âge et le sexe.

Dans les deux populations, la perspective temporelle apparaît associée au tabagisme mais également aux variables susceptibles d'intervenir dans l'édification intentionnelle telle que définie dans la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991). Ainsi, dans les centres de tabacologie, la dimension « Passé Positif » est positivement liée à la motivation à l'arrêt, aux

attitudes négatives envers le tabac, et négativement avec la présence d'un entourage fumeur. La dimension « Passé Négatif » l'est positivement avec les niveaux de dépendance, de consommation, un tabagisme centré sur le coping, avec des attitudes négatives envers le tabac ainsi que des intentions comportementales plus fortes. La dimension « Présent Hédoniste » renvoie à un tabagisme plus centré sur une dimension hédonique, des attitudes négatives envers le tabac et un regret anticipé d'une poursuite du tabagisme. La dimension « Présent Fataliste » correspond à un plus grand regret anticipé vis-à-vis de l'arrêt, un craving plus marqué et un tabagisme moins centré sur le coping. La dimension « Futur » est associée à une motivation, sentiment d'auto-efficacité et probabilité perçue d'arrêter plus élevées, et à un moindre craving. Enfin, la dimension « Futur Négatif » renvoie à des attitudes plus positives concernant le tabac, une consommation plus centrée sur l'hédonisme et le coping ainsi qu'à de moindres intentions comportementales.

Dans la population Online, les résultats sont assez similaires. La dimension « Passé Positif » est associée à une plus faible dépendance tabagique et un moindre craving. La dimension « Passé Négatif » renvoie à une augmentation des niveaux de dépendance mais également de la motivation à l'arrêt et des attitudes négatives envers le tabac. La dimension « Présent Hédoniste » est positivement liée aux attitudes positives envers le tabac, à la réalisation d'une tentative d'arrêt supérieure à sept jours lors de l'enquête, et négativement avec la probabilité perçue de continuer le tabagisme. La dimension « Futur » est positivement associée à la motivation à l'arrêt, au sentiment d'auto-efficacité, à la probabilité perçue d'arrêter le tabac, à un regret anticipé de continuer à fumer ainsi qu'à l'intention comportementale ; et négativement avec la probabilité perçue de continuer à fumer. Enfin, la dimension « Futur Négatif » est positivement liée aux niveaux de dépendance et de craving, aux attitudes positives envers le tabac, à la perception du tabagisme comme un outil de coping et à des normes sociales plus positives vis-à-vis de l'arrêt ; négativement avec le sentiment d'auto-efficacité.

Tableau XXIX : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe des sous-dimensions de la perspective temporelle sur les variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online

Centres	Richmond	FTND	TCQ	Conso	Att -	Att +	Auto- efficacité	Regret si arrêt pas	Regret si arrête	Intention
PP	.19**				.12*					
PN		.20**		.19**	.15*					.17*
PH					.12*			.15*		
PF			.23***						.21**	
F	.14*		-.11*				.17**			
FN						.18**				-.16*
Online	Richmond	FTND	TCQ	Att -	Att +	Norme arrêt	Auto- efficacité	Regret si arrêt pas	Intention	Tentative (Wald RegLog)
PP		-.23**	-.21*							
PN	.31**	.19*		.34***						
PH					.27**					8,0**
PF										
F	.21*						.24*	.20*	.20*	
FN		.23**	.30**		.33**	.29**	-.23*			

PP : Passé Positif ; PN : Passé Négatif ; PH : Présent Hédoniste ; PF : Présent Fataliste ; F : Futur ; FN : Futur Négatif

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; † $p < .10$

L'orientation dans certaines des dimensions de la perspective temporelle semble plutôt protectrice concernant les variables perçues comme péjoratives dans la littérature (dépendance, craving...). C'est le cas pour les dimensions « Passé Positif » et « Futur ». A l'inverse, les dimensions « Passé Négatif », « Présent Fataliste », « Futur Négatif » semblent de mauvais pronostic bien que la première soit malgré tout associée positivement à des attitudes négatives envers le tabac, à la motivation à l'arrêt et à l'intention d'arrêter le tabagisme. La dimension « Présent Hédoniste » semble la plus ambiguë. Ainsi, le tabagisme est perçu de manière ambivalente. Dans la population en centres de tabacologie, les attitudes envers le tabac sont négatives, il existe un regret anticipé de la poursuite du tabagisme mais il semble difficile de renoncer à ces situations de plaisir. Dans la population Online, elle est associée à des attitudes plus positives envers le tabac mais avec une probabilité perçue d'arrêter et des tentatives d'arrêt lors de l'enquête plus nombreuses.

Afin d'approfondir ces résultats, en nous rapprochant de la notion de profils temporels, nous avons souhaité tester s'il pouvait exister un effet conjoint des dimensions de la perspective temporelle sur les variables associées au tabagisme et sur l'intention comportementale.

1.5.3.2. Interactions entre les sous-dimensions de la perspective temporelle

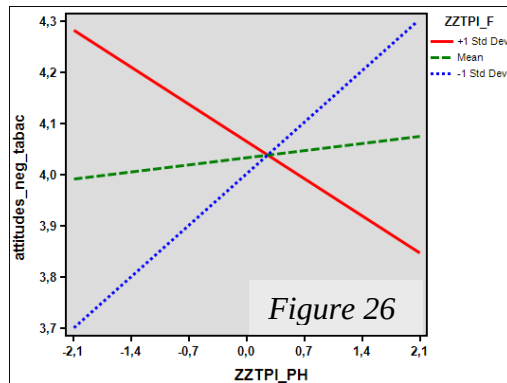
L'effet conjoint des sous-dimensions de la perspective temporelle a été réalisé par la création de plusieurs variables d'interaction. Tout d'abord, l'ensemble des scores pour les six dimensions ont été standardisés. Les termes d'interaction ont été créés en multipliant deux à deux les scores ainsi obtenus. Ils ont ensuite été testés par des régressions multiples contrôlées par l'âge, le sexe et les dimensions de la perspective temporelle. Les résultats sont présentés dans le tableau XXX. Ils mettent effectivement en évidence dans les deux populations des effets d'interaction significatifs notamment sur des variables intervenant dans la sphère motivationnelle (attitudes, sentiment d'auto-efficacité). Ainsi, les résultats montrent que la perspective temporelle, par des effets directs ou d'interaction entre les sous-dimensions puisse mener à des représentations différenciées du tabagisme et de l'arrêt.

Tableau XXX : Interactions entre les sous dimensions de la perspective temporelle sur les variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online

	Centres (t)	Online (t)
Consommation		
PP x PF	-2,00*	
PN x PF	-2,39*	
PN x FN	2,26*	
PH x F		-2,16*
PH x FN	2,25*	
Attitudes négatives		
PH x F	2,43*	-2,38*
Attitudes positives		
PP x PF		-2,31*
PN x PH	-2,21*	
Auto-efficacité		
PP x PN	3,44**	
PN x PH	-3,63***	
PN x F	2,09*	
PN x FN	2,33*	
PH x F		2,14*
Regret si arrête pas		
PP x PH		-3,52**
PP x PF		-2,39*
PP x FN		2,54*
PH x F		-2,30*
Regret si arrête		
PH x F		2,59*

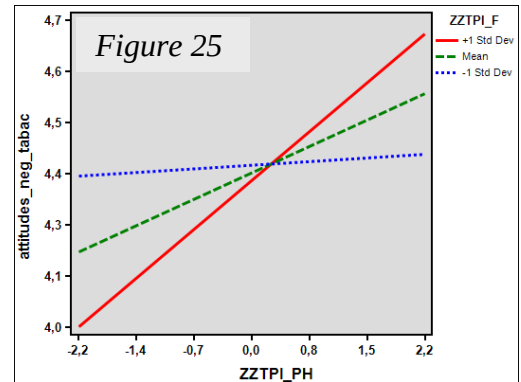
*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; † $p < .10$

En prenant pour exemples les attitudes et l'auto-efficacité, l'effet des orientations présentes dépend à la fois du rapport au passé ou au futur. Ainsi, pour la population en centres de tabacologie, la relation (positive) entre les attitudes négatives et la dimension

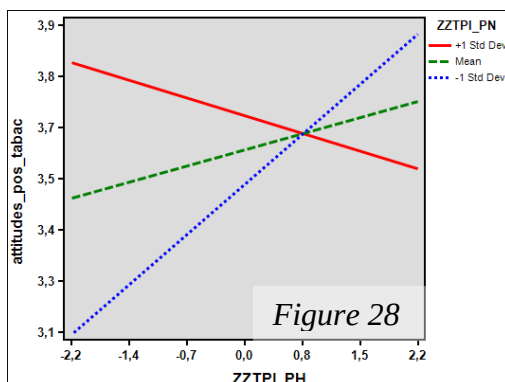
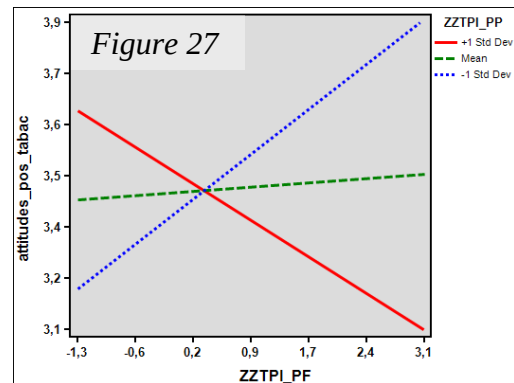


« Présent
Hédoniste »

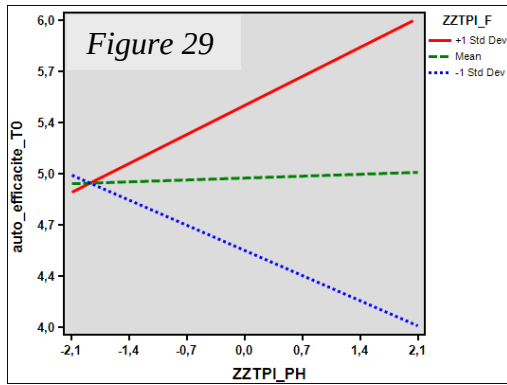
est plus forte lorsque les sujets sont centrés sur le futur (Figure 25). Dans la population Online (Figure 26), cette relation entre attitudes négatives et « Présent Hédoniste » est plus marquée lorsque les individus sont centrés sur le futur. De la même



manière (Figure 27), la relation entre des attitudes positives envers le tabac et la dimension « Présent Fataliste » est plus forte lorsque les sujets sont fortement centrés sur une vision positive de leur passé. L'orientation dans la dimension « Présent Hédoniste » (Figure 28) mène à des évaluations plus positives du tabagisme mais principalement lorsque

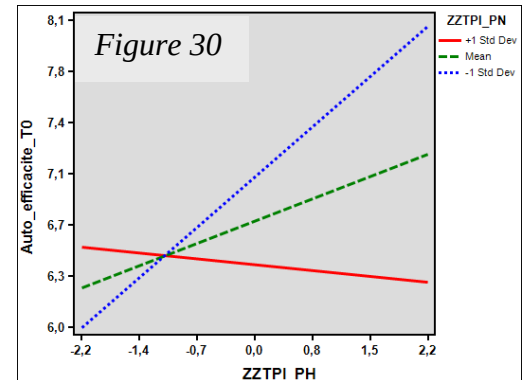


la dimension « Passé Négatif » est faible. Une forte orientation dans cette dernière entraîne une diminution des attitudes positives lorsque les scores dans la dimension « Présent Hédoniste » augmentent.



L'orientation dans la dimension « Présent Hédoniste » (Figure 29) n'a d'impact sur l'auto-efficacité uniquement lorsque celle-ci est associée au « Futur ». Cette relation est

positive lorsque les sujets sont centrés sur le futur. Ces résultats sont à rapprocher de ceux de Fieulaine et Martinez (2011) dans le sens où l'orientation vers le futur est associée aux dimensions de contrôle et de planification. De la même manière, les effets sur l'auto-efficacité (Figure 30)



d'une orientation dans la dimension « Présent Hédoniste » sont renforcés par une faible orientation dans la dimension « Passé Négatif ».

Tableau XXXI : Interactions entre les sous-dimensions de la perspective temporelle sur l'intention d'arrêt dans les populations en centres de tabacologie

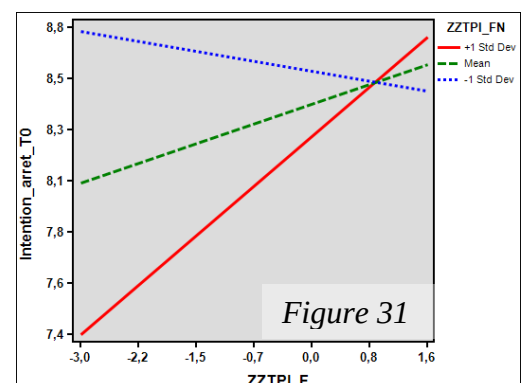
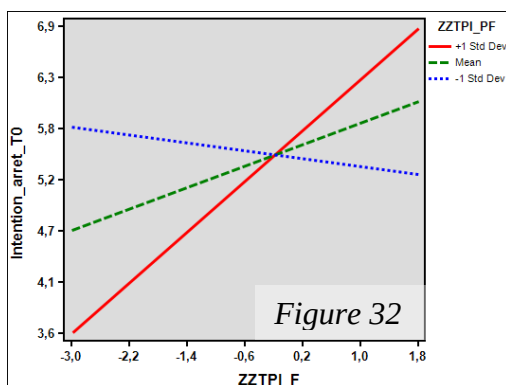
Intention d'arrêt	t
Centres	
F x FN	2,09*
Online	
FN x PP	-1,99*
PH x PF	-2,83**
F x PF	2,10*

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; † $p < .10$

Au niveau de l'intention comportementale, nous retrouvons là encore des effets d'interaction significatifs (Tableau

XXXI). Dans la population en centres de tabacologie, la dimension « Futur » semble protectrice mais seulement

lorsque les scores dans la dimension « Futur Négatif »



sont faibles (Figure 31). Si ces scores sont associés à une forte orientation « Futur Négatif », ils mèneront à de moindres intentions comportementales. Dans la population Online, des scores élevés dans les dimensions « Futur » et « Présent Fataliste » (Figure 32) conduisent à des niveaux d'intention supérieurs mais lorsque l'orientation future est faible, un fort fatalisme renvoie à de faibles intentions.

1.5.3.3. Effet médiateur du lien entre précarité et les variables associées au tabagisme par la perspective temporelle

Une des questions de ce travail est de comprendre comment se forme la différenciation sociale face au tabagisme et au sevrage. Le constat d'une telle différenciation concernant le tabagisme et l'arrêt émerge dans nos deux populations. Un lien entre les niveaux de précarité et la perspective temporelle, à travers des effets médiateurs de la perception de l'instabilité de l'environnement est mis en évidence. La perspective temporelle a elle-même un impact sur les variables tabagiques et l'arrêt. En cela, l'hypothèse d'un effet médiateur du lien entre précarité et tabagisme ou l'arrêt par la perspective temporelle semble pertinente. Une série d'analyses de médiation a été réalisée en utilisant le module Process de SPSS permettant l'obtention du score de Sobel (1982). Dans notre population Online, aucune des analyses menées ne s'avère significative.

Dans la population en centres de tabacologie (Tableau XXXII), plusieurs médiations totales significatives sont mises en évidence notamment sur le niveau de craving (par la dimension « Présent Fataliste »), les attitudes négatives (par la dimension « Passé Négatif ») et positives (par la dimension « Futur Négatif »). Plusieurs médiations partielles sont également observées concernant la motivation à l'arrêt (par la dimension « Passé Positif »), la dépendance (par la dimension « Passé Négatif ») et pour la probabilité perçue de continuer à fumer (par la dimension « Futur Négatif »).

Tableau XXXII : Effets médiateurs des liens entre le niveau de précarité et les variables tabagiques par les sous-dimensions de la perspective temporelle dans la population en centres de tabacologie

Variable	Effet précarité sur la variable concernée (β)	Dimensions temporelles	Effet PT sur la variable (β) avec Epices	Précarité sur variable avec PT Effets médiateurs
Richmond	-.19***	PP	.19**	(-.17**) $z=-2,23^*$
FTND	.23***	PN	.14*	(.18**) $z=1,88^\dagger$
TCQ	.20***	PF	.24***	(.09) $z=2,65^{**}$
Attitudes négatives tabac	.11*	PN	.15*	(.09) $z=2,23^*$
Attitudes positives tabac	.11*	FN	.18**	(.07) $z=2,39^*$

PP : Passé Positif ; PN : Passé Négatif ; PF : Présent Fataliste ; FN : Futur Négatif

*** $p<.001$; ** $p<.01$; * $p<.05$; $^\dagger p<.10$

1.5.3.4. Synthèse

Nous avons vu que la différenciation sociale pour plusieurs variables, notamment les attitudes était finalement expliquée par certaines dimensions de la perspective temporelle. Dans notre étude, nous retrouvons les résultats de la littérature (Keough et al., 1999 ; Wills et al., 2001 ; Fieulaine & Martinez, 2010 ; Daugherty & Brase, 2010 ; Milfont et al., 2008 ; Henson et al., 2006 ; Adams & Nettle, 2009 ; Klingemann, 2001 ; Kovac, 2007 ; Guthrie, Butler & Ward, 2009, Merson et al., 2011). L'orientation future semble protectrice car elle renvoie à une plus grande motivation, auto-efficacité ou intention d'arrêt. Cette dimension temporelle est plutôt associée aux aspects préparatoires et de planification du comportement. Par exemple, les items composant le test de Richmond correspondent à une projection dans un statut d'ex-fumeur à court ou moyen terme. Elle permet également d'anticiper des conséquences négatives de la poursuite du comportement de consommation.

De manière complémentaire, les dimensions relatives au passé ou au présent correspondent plutôt au rapport au produit et au type de consommation associée (hédonisme, coping). Ainsi, le rapport au produit présent semble se construire sur l'interprétation de l'expérience passée et des coûts/bénéfices dans le présent.

La dimension « Futur Négatif » que nous considérons à part car plutôt associée à une notion de pression temporelle laisse apparaître une représentation plus positive du tabagisme. Elle pourrait renvoyer à une vision du tabagisme en tant qu'outil de contrôle ou un repère dans un quotidien imprévisible et contraignant.

Les études s'intéressent de plus en plus aux effets conjoints des dimensions de la perspective temporelle voire au développement de profils temporels (Stolarski et al., 2015 ; Braitman & Henson, 2015). Nous avons donc étudié les effets d'interaction entre les différentes sous-

dimensions. Ils mettent en évidence que les attitudes, auto-efficacité et intention d'arrêt se construisent dans une continuité temporelle entre le passé et le présent, entre le présent et le futur mais illustrent, en approchant ces résultats de ceux de Fieulaine et Martinez (2011) que le futur peut s'avérer empreint d'une dimension de contrôle. Un point intéressant réside donc dans le fait que dans nos deux populations, certains résultats viennent s'opposer, notamment concernant les attitudes négatives envers le tabac. En cela, l'implication dans une démarche de sevrage tabagique pourrait conduire aux prémices d'un changement identitaire de fumeur à ex-fumeur (Vangeli & West, 2012) se répercutant sur la représentation du tabagisme. Ces résultats vont ainsi dans le sens des travaux menés par Deschamps et Moliner (2012) portant sur le lien entre identité sociale et représentations sociales.

1.5.4. Variables associées au tabagisme et arrêt

Le statut socio-économique, la perspective temporelle ou le désir de contrôle, par des effets plus ou moins complexes ont un impact sur les variables associées au tabagisme. La participation de ces dernières dans l'édification de l'intention d'arrêt du tabagisme (Tableau XXXIII) et du comportement d'arrêt (Tableau XXXIV) a été étudiée.

Les résultats des régressions linéaires multiples contrôlées par l'âge et le sexe sur les intentions sont assez semblables dans nos deux populations. Les niveaux d'intention sont ainsi positivement associés à la motivation, aux attitudes négatives envers le tabac, à l'auto-efficacité, à la probabilité perçue d'arrêter ainsi qu'à un regret anticipé de la poursuite de consommation. Ils le sont négativement pour la probabilité perçue de continuer et un regret anticipé vis-à-vis de l'arrêt. Parmi les différences, dans la population en centres de tabacologie, le niveau de craving et les attitudes positives envers le tabac sont négativement liés aux intentions d'arrêt. Dans la population Online, un tabagisme centré sur l'hédonisme et les normes d'arrêt le sont positivement.

Tableau XXXIII : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe des variables tabagiques sur l'intention comportementale dans les populations en centres de tabacologie et Online

Intention	Richmond	TCQ	Att.-	Att.+	Auto-efficacité	Regret si arrête pas	Regret si arrête
Centres	.57***	-.18**	.30***	-.11*	.37***	.30***	-.12*
Intention	Richmond	Att.-	Situations hédoniques	Normes arrêt	Auto-efficacité	Regret si arrête pas	Regret si arrête
Online	.63***	.37***	.19*	.31***	.27**	.45***	-.28**

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; † $p < .10$

Les résultats des régressions logistiques binaires contrôlées par l'âge et le sexe diffèrent concernant les tentatives effectives supérieures à sept jours réalisées lors de l'enquête. Dans la population en centres de tabacologie, le niveau de motivation, le sentiment d'auto-efficacité, la probabilité perçue d'arrêter et l'intention sont des facteurs pronostics positifs d'une tentative. A l'inverse, les niveaux de dépendance, de craving, de consommation ainsi qu'une probabilité perçue de continuer le tabagisme sont des facteurs péjoratifs.

Dans la population Online, les facteurs pronostics positifs de l'arrêt sont la motivation, la probabilité perçue d'arrêter, le regret anticipé de la poursuite du tabagisme ainsi que l'intention. La probabilité perçue de continuer en est un facteur péjoratif.

Dans les deux populations, la perspective temporelle n'apparaît pas directement liée aux comportements d'arrêt contrairement au modèle présenté précédemment, ceci pouvant s'expliquer par la présence d'un effet médiateur que nous n'avons pas directement identifié.

Tableau XXXIV : Coefficients des régressions logistiques binaires contrôlées par l'âge et le sexe des variables tabagiques sur les tentatives d'arrêt supérieures à sept jours dans les populations en centres de tabacologie et Online

Tentative		Richmond	FTND	TCQ	Consommation	Auto-efficacité	Intention
Centres	Exp(B)	1,28**	0,82**	0,52***	0,94**	1,28***	1,16†
Tentative		Richmond	Regret si arrête pas	Intention			
Online	Exp(B)	1,53*	1,31*	1,46**			

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; † $p < .10$

Dans le sens des travaux menés par Schnoll et al. (2011), les résultats de régressions multiples menées dans la population en centres de tabacologie montrent d'une part un lien significatif entre les intention et sentiment d'auto-efficacité initiales sur l'intention d'arrêt à 6 mois mais également l'augmentation de ce sentiment d'auto-efficacité au cours du suivi tabacologique, l'intention d'arrêt à 6 mois étant elle-même prédictive d'une tentative d'arrêt concrète (Figure 33).

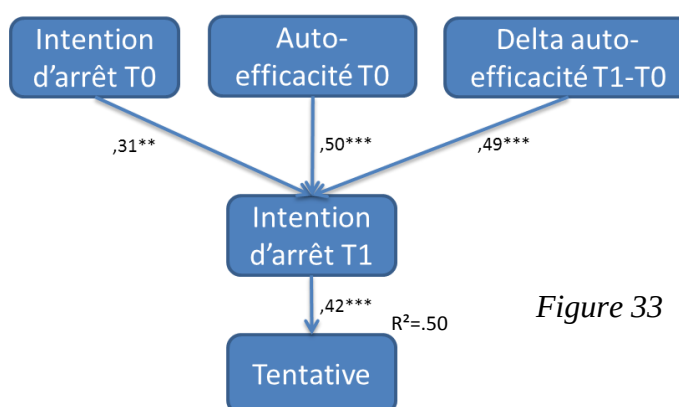


Figure 33

1.5.4.1. Synthèse

Les résultats que nous avons obtenus montrent que les indicateurs les plus pertinents dans la genèse des intentions comportementales correspondent à ceux proposés dans la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991), à savoir les variables renvoyant à la sphère motivationnelle (attitudes), l'auto-efficacité ainsi que les normes sociales. Malgré cela, le regret anticipé soit de la consommation, soit de l'arrêt en sont aussi des déterminants laissant suggérer cet ancrage temporel.

Les tentatives d'arrêt, quant à elles, sont directement liées aux intentions dans la population Online mais seulement tendanciuellement dans les centres de tabacologie. Ce faible lien serait finalement plutôt positif car le suivi tabacologique viendrait ainsi limiter les différences d'intention. Les autres facteurs importants renvoient majoritairement aux dimensions de contrôle de manière plus ou moins direct (niveau de dépendance, craving, auto-efficacité). Les indicateurs généralement utilisés lors des consultations de tabacologie s'avèrent ainsi pertinents pour prédire les tentatives d'arrêt lors du suivi.

1.6. Distances perçues de l'intention d'arrêt, des bénéfices-risques sur les niveaux d'identification

1.6.1. Evaluation du niveau d'identification de l'arrêt

1.6.1.1. Création du questionnaire

Dans la continuité des travaux portant sur la théorie des niveaux de représentation (Liberian & Trope, 1998), un questionnaire dont les items sont issus des verbalisations typiques des consultants en centre a été mis en place. Ces items ont été sélectionnés selon leur caractère de désirabilité ou faisabilité (Trope & Liberman, 2010). L'objectif était de savoir si la distance temporelle pouvait avoir un impact sur le niveau de représentation de l'arrêt du tabagisme.

Conformément à nos attentes, les items s'organisent selon deux dimensions que nous avons qualifiées de haut ou bas niveau. Cette structure explique respectivement 38,2% et 40,9% de la variance dans les populations en centres de tabacologie et Online. Le facteur « haut niveau » correspond aux éléments les plus abstraits (e.g. santé, liberté...), le facteur « bas

niveau », aux items concrets (e.g. être en manque, prendre un traitement...). L'organisation des items est similaire dans les deux populations (Tableau XXXV).

Les indices de fiabilité sont satisfaisants pour la dimension « haut niveau » ($\alpha_{\text{centres}}=.74$ et $\alpha_{\text{online}}=.73$). Bien qu'ils soient plus faibles pour la dimension « Bas niveau », ils restent néanmoins acceptables à des fins exploratoires ($\alpha_{\text{centres}}=.55$ et $\alpha_{\text{online}}=.68$).

Tableau XXXV : Caractéristiques et items correspondant aux niveaux de représentation dans les populations en centres de tabacologie et Online

Centres				Online		
Dimensions	Items	Moyenne	α	Items	Moyenne	α
Bas niveau	7, 8, 9, 11, 15	3,04 (0,77)	.55	7, 8, 9, 11, 15	3,03 (0,89)	.68
Haut niveau	1, 2, 3, 4, 6, 10, 12, 14	3,99 (0,64)	.74	1, 2, 3, 4, 6, 10, 12, 14	3,63 (0,74)	.73

1.6.1.2. Perspective temporelle et niveau d'identification

Un ensemble de régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe montre que les niveaux de représentation que nous avons identifiés pour l'arrêt sont dépendants de la perspective temporelle dans les deux populations (Tableau XXXVI). Un niveau d'identification renvoyant à des aspects pratiques de l'arrêt est négativement associé à la dimension « Passé Négatif » dans la population en centres de tabacologie et positivement au « Futur Négatif » de la perspective temporelle dans les deux populations. De la même manière, un niveau de représentation renvoyant au pourquoi de l'arrêt est positivement liée aux scores dans la dimension « Présent Hédoniste ».

Contrairement à ce que nous pouvions attendre, aucun lien n'est mis en évidence pour la dimension « Futur ».

Tableau XXXVI : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe des sous-dimensions de la perspective temporelle sur les niveaux de représentation dans les populations en centres de tabacologie et Online

Centres	Bas niveau arrêt	Haut niveau arrêt
Passé Négatif	-.14*	
Présent Hédoniste		.13*
Futur Négatif	.16*	
Online	Bas niveau arrêt	Haut niveau arrêt
Présent Hédoniste		.29**
Futur Négatif	.49***	

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

1.6.1.3. Niveau de représentation et variables tabac

En s'intéressant à l'effet des niveaux de représentation sur les variables tabagiques, de nombreux effets sont mis en évidence par des régressions multiples et logistiques binaires contrôlées par l'âge et le sexe (Tableau XXXVII). Ainsi, un score élevé pour les bas niveaux de représentation de l'arrêt renvoie à un profil péjoratif avec une augmentation des niveaux de craving, de dépendance, des attitudes plus positives envers le tabac, un tabagisme centré sur l'hédonisme et le coping et de moindres auto-efficacité et intention d'arrêter. A l'inverse, dans le sens des résultats obtenus par Chiou et al. (2012), une centration sur des aspects abstraits est associée à de plus hauts niveaux de motivation à l'arrêt, des attitudes négatives envers le tabac, des normes positives envers l'arrêt, une plus grande auto-efficacité et intention d'arrêter. Elle représente également un facteur pronostic positif des tentatives d'arrêt lors de l'enquête dans la population Online.

Tableau XXXVII : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe des niveaux de représentation sur les variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online

Centres	Richmond	TCQ	Att.-	Att.+	Normes arrêt	Auto-efficacité	Regret si arrête pas	Intention
Bas niveau arrêt		.20***	-.13**	.20***		-.15*		-.20***
Haut niveau arrêt	.21***		.58***		.20**	.22***	.38***	.26***

Online	Richmond	FTND	TCQ	Att.-	Att.+	Entourage	Normes arrêt	Auto-efficacité	Regret si arrête pas	Intention	Tentative (Wald)
Bas niveau arrêt	-.19*	.17*	.26**		.21**			-.32**		-.24**	
Haut niveau arrêt	.30**			.43***		-.20*	.29**		.49***	.43***	5,82*

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

1.6.1.4. Synthèse

L'analyse en composante principale montre une structure similaire dans nos deux populations. Les items sont ainsi répartis en deux facteurs que nous avons définis comme de haut vs. bas niveau de représentation de l'arrêt du tabagisme. Les aspects de haut niveau correspondent au « pourquoi » de l'arrêt alors que les représentations de bas niveau correspondent au pragmatisme, le « comment ». Comme nous l'attendions, ces représentations sont associées à certaines dimensions de la perspective temporelle, le « Présent Hédoniste » renvoyant plutôt à une représentation de haut niveau et la dimension « Passé Négatif » au bas niveau. Néanmoins, aucun effet n'émerge concernant la dimension « Futur » or notre hypothèse concernant la distance temporelle postulait, selon la théorie des niveaux de construits (Liberman & Trope, 1998), que l'orientation future rendait accessibles des éléments distants temporellement et qui du fait de cette distance psychologique correspondrait à plus grande activation des représentations de hauts niveaux.

Deux profils se dégagent suivant les niveaux de représentation. Le bas niveau renvoie à des niveaux de craving supérieurs, des attitudes positives envers le tabac, un tabagisme centré sur l'hédonisme et le coping et à de moindres auto-efficacité, probabilité perçue d'arrêter et intention comportementale. Il reflète ainsi le tabagisme tel qu'il est vécu par le fumeur. A l'inverse, les représentations de haut niveau semblent plus ancrées socialement du fait d'un lien significatif avec les normes sociales. Les niveaux de motivations sont plus élevés, les

attitudes plus négatives, le sentiment d'auto-efficacité, la probabilité perçue d'arrêter, le regret anticipé de la poursuite du tabagisme et les intentions sont plus forts, voire les comportements d'arrêt plus fréquents dans la population Online.

1.6.2. Distances temporelles et niveaux de représentation

Les comportements tabagiques et d'arrêt paraissent ancrés temporellement. La perspective temporelle joue un rôle dans l'édification comportementale par son rapport aux variables tabagiques, mais également par un effet direct sur les intentions. Les comportements de santé reposent sur une négociation entre les bénéfices/risques perçus à court ou long terme (Hall & Fong, 2007). Cette notion de distance vis-à-vis de l'arrêt, ainsi que des effets positifs et négatifs du tabagisme et de l'arrêt ont ainsi été opérationnalisés. Les distances temporelles perçues concernant ces variables ont été codées selon cinq modalités : Présent, Futur très proche, Futur proche, Futur éloigné, Jamais.

1.6.2.1. Perception des distances dans les deux populations

Afin de comparer les deux populations, une série de tests de χ^2 a été réalisée (Tableau XXXVIII). Ils ont mis en évidence une perception différenciée de la distance associée à la tentative d'arrêt d'une part mais aussi de la perception des risques de maladie, des effets positifs et négatifs de l'arrêt. Aucune différence n'existe concernant la distance temporelle des effets positifs ou négatifs associés au tabagisme.

La population en centres de tabacologie perçoit logiquement une tentative d'arrêt proche dans le temps. Les risques perçus de maladie sont également perçus comme plus proches, de même que les effets positifs de l'arrêt. Les effets négatifs de l'arrêt sont aussi perçus comme plus proches dans le temps et certains en ressentent dans le présent.

Tableau XXXVIII : Perception de la distance par rapport à l'arrêt, aux risques de maladies, effets positifs et négatifs du tabagisme et de l'arrêt dans les populations en centres de tabacologie et Online

	Centres	Online	p
<i>Distance intention arrêt (%)</i>			.000
Présent	15,0	3,2	
Futur éloigné	3,4	37,0	
<i>Risques d'être malade à cause du tabac (%)</i>			.000
Présent	15,3	5,2	
Futur éloigné	34,0	57,1	
<i>Effets positifs liés à l'arrêt (%)</i>			.000
Présent	6,7	2,9	
Futur éloigné	10,4	27,2	
<i>Effets négatifs liés à l'arrêt (%)</i>			.000
Présent	7,7	0,0	
Futur éloigné	3,7	11,0	
<i>Effets positifs liés au tabac (%)</i>			.87
Présent	12,9	18,2	
Futur éloigné	4,3	5,8	
<i>Effets négatifs liés au tabac (%)</i>			.30
Présent	29,4	31,2	
Futur éloigné	17,8	25,3	

1.6.2.2. Distance perception comportement d'arrêt sur variables tabac

L'éloignement temporel perçu de la tentative d'arrêt a été recodé sous forme d'une variable continue pour faciliter les analyses. Elle a été recodée comme suit : arrêt perçu comme présent devient -2, futur très proche devient -1, futur proche devient +1, futur éloigné devient +2.

Variables tabac

Dans les deux populations (Tableau XXXIX), une proximité perçue du comportement est associée à une motivation accrue, des attitudes plus négatives envers le tabac, un meilleur sentiment d'auto-efficacité, un plus grand regret anticipé de la poursuite de la consommation, une plus grande probabilité perçue d'arrêter, une plus faible probabilité de continuer ainsi qu'une plus forte intention d'arrêt.

Dans la population Online, plus la première cigarette est fumée jeune, plus l'arrêt est perçu comme éloigné dans le temps. Le regret anticipé par rapport à l'arrêt augmente avec l'éloignement temporel de l'arrêt.

Tableau XXXIX : Coefficients de régression contrôlés par l'âge et le sexe de la distance perçue à l'arrêt sur les variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online

Distance arrêt	Richmond	Attitudes négatives	Auto-efficacité	Regret si arrête pas	Intention	
Centres	-.53***	-.23***	-.25***	-.12*	-.44***	
	Richmond	Age 1 ^{ère} cig.	Auto-efficacité	Regret si arrête pas	Regret si arrête	Intention
Online	-.58***	-.24**	-.34***	-.36***	.20*	-.62***

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; † $p < .10$

Distance et niveau de représentation

Afin d'évaluer, comme attendu par la théorie des niveaux de construit, si les scores concernant les hauts niveaux de représentation augmentent avec la distance temporelle, nous avons réalisé des régressions multiples entre la distance temporelle vis-à-vis de l'arrêt recodée en variable continue et les niveaux d'arrêt (Tableau XL). Aucun résultat significatif n'a été constaté concernant le bas niveau de représentation. Dans nos deux populations, les scores concernant les hauts niveaux d'arrêt sont les plus élevés lorsque la tentative d'arrêt est perçue comme proche dans le temps, ce qui semble un point positif en termes de motivation.

Tableau XL : Coefficients des régressions multiples contrôlés par l'âge et le sexe de la distance perçue à l'arrêt sur les niveaux de représentation dans les populations en Centres de tabacologie et Online

Distance tentative d'arrêt	Haut niveau arrêt
Centres	-.19**
Online	-.26**

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

1.6.3. Synthèse

La distance temporelle concernant le comportement d'arrêt, la perception des risques du tabagisme et les effets produits par l'arrêt diffère selon l'échantillon. L'engagement dans la

démarche d'arrêt semble déterminant dans cette différenciation temporelle. Celle-ci n'est pas sans conséquence car la distance perçue vis-à-vis du comportement d'arrêt se répercute sur la sphère motivationnelle et également sur les niveaux de représentation. Les résultats obtenus concernant ce dernier facteur sont opposés à ce que nous attendions. En effet, la littérature (Trope & Liberman, 2010) a mis en évidence que l'éloignement temporel conduisait à l'activation de représentations de haut niveau. Dans notre cas, la distance temporelle est négativement associée aux construits de haut niveau. Une explication peut résider dans la composition des items du questionnaire. Si les deux dimensions obtenues semblent valides et renvoient à la désirabilité ou la faisabilité du comportement d'arrêt, des aspects émotionnels sont susceptibles d'entrer en jeu, par exemple la peur directement en lien avec la maladie. Or la théorie des niveaux de construit postule que cette émotion renvoie plutôt à de bas niveaux de représentation (op. cit.). De manière plus complexe, une même émotion peut être considérée de bas ou haut niveau selon l'objet auquel elle se rapporte. Ces paramètres n'ayant pas été pris en compte dans notre recherche, des approfondissements ultérieurs sur cette question seront nécessaires.

1.7. Le désir de contrôle, un modérateur de la perspective temporelle ?

Les résultats montrent que la complexité va au-delà de la simple orientation dans telle ou telle dimension de la perspective temporelle. De la même manière, des études menées précédemment ont mis en évidence l'importance de certaines dimensions du contrôle dans les intentions comportementales de consommer des substances psychoactives et dans la représentation des produits (Fieulaine & Martinez, 2010). Les aspects liés au contrôle sont particulièrement importants dans les comportements de santé (Hall & Fong, 2007, 2013), les démarches d'arrêt de la consommation des substances psychoactives dont le tabac (Muraven & Baumeister, 2000).

L'impact du désir de contrôle (Burger & Cooper, 1979), défini par la motivation à exercer un contrôle, a été évalué sur le tabagisme mais ses liens avec le niveau de précarité et la perspective temporelle ont également été étudiés. Si quatre facteurs ont pu être identifiés, les qualités psychométriques ne sont pas satisfaisantes ($\chi^2/DF=2,36$; CFI=0,89 ; TLI=0,89 ; RMSEA=0,06). Comme proposé par Burger & Cooper (1979), nous avons utilisé uniquement un facteur général ($\alpha=.78$).

1.7.1. Désir de contrôle, précarité et perspective temporelle

Les résultats de régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe ne montrent aucun lien entre le niveau de précarité et le désir de contrôle (Tableau XLI). La perspective temporelle l'est, quant à elle, positivement dans les deux populations pour les dimensions « Futur » et « Présent Hédoniste », ce qui rejoint les données de la littérature (Fieulaine & Martinez, 2010). Dans la population en centres de tabacologie, des liens positifs significatifs sont observés pour les dimensions « Passé Positif » et « Passé Négatif ».

Tableau XLI : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe du niveau de précarité et de la perspective temporelle sur le désir de contrôle dans les populations en centres de tabacologie et Online

Désir de contrôle	Centres	Online
Epices	-.01	.13
Passé Positif	,10*	-,01
Passé Négatif	,18**	,15
Présent Fataliste	-,07	-,01
Présent Hédoniste	,20***	,18*
Futur	,36***	,43***
Futur Négatif	-,00	-,07

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

1.7.2. Désir de contrôle sur les variables tabac

Dans les deux populations, le désir de contrôle apparaît significativement et positivement associé aux attitudes positives envers le tabac, l'auto-efficacité et l'intention d'arrêter (Tableau XLII). Dans la population en centres de tabacologie, il est également lié à la probabilité perçue d'arrêter le tabac, à un regret anticipé de la poursuite de la consommation. Dans la population Online, il l'est positivement avec la motivation à l'arrêt, le craving, un tabagisme centré sur le coping et négativement avec la probabilité perçue de continuer le tabagisme.

Tableau XLII : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe du désir de contrôle sur les variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online

Centres	Attitudes positives	Auto-efficacité	Regret si arrête pas	Intention	
Désir de contrôle	.13*	.15*	.18**	.14*	
Online	Richmond	TCQ	Attitudes positives	Auto-efficacité	Intention
Désir de contrôle	.17*	.17*	.19*	.17*	.25**

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Le désir de contrôle renvoie donc à des résultats contradictoires. En cela, le tabagisme pourrait y être associé selon des aspects différents où la consommation représente d'un côté un moyen de contrôle soit d'affects négatifs, soit de plaisir, mais où l'arrêt concrétiserait le contrôle de la consommation qui fait souvent défaut chez les fumeurs. Son impact sur l'auto-efficacité pourrait être tout autant ambigu et perçu comme une surévaluation de ses propres capacités à réussir l'arrêt.

1.7.3. Interaction entre perspective temporelle et désir de contrôle sur les variables tabac

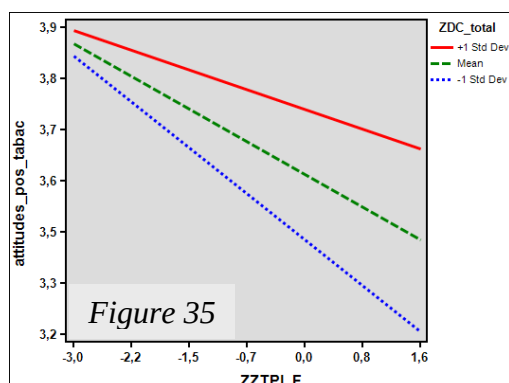
Dans la continuité des travaux de Fieulaine et Martinez (2010, 2011), nous avons standardisé les scores de désir de contrôle afin de calculer les termes d'interaction avec les dimensions de la perspective temporelle. Nous avons ensuite réalisé un ensemble de régressions multiples contrôlées par l'âge, le sexe, les dimensions de la perspective temporelle et le désir de contrôle afin de tester si celui-ci peut s'inscrire comme un modérateur des liens entre perspective temporelle et variables tabagiques.

Tableau XLIII : Interactions entre les sous-dimensions de la perspective temporelle et le désir de contrôle sur les variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online

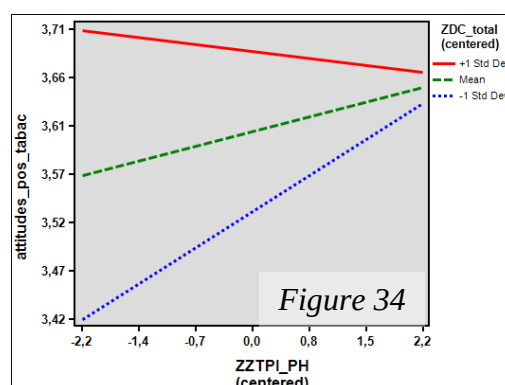
Centres	Attitudes positives	Auto-efficacité	Regret si arrête pas
PH x DC	.14*	-.16*	-.17*
F x DC	.14*	.14*	.23**

DC : Désir de contrôle ; PN : Passé Négatif ; PH : Présent Hédoniste ; PF : Présent Fataliste ; F : Futur
*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Les analyses mettent en évidence plusieurs effets d'interaction significatifs, montrant cet effet modérateur, notamment sur les attitudes et l'auto-efficacité (Tableau XLIII). L'augmentation de l'orientation dans la dimension « Présent Hédoniste » (Figure 34) conduit à des attitudes plus positives



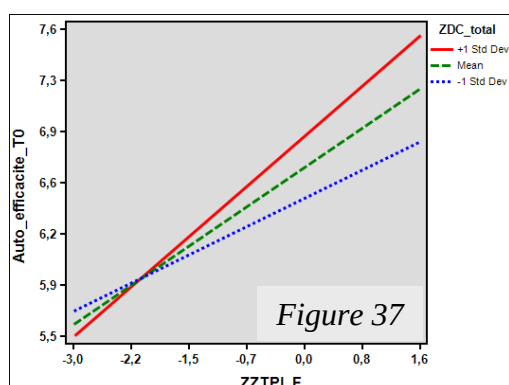
envers le



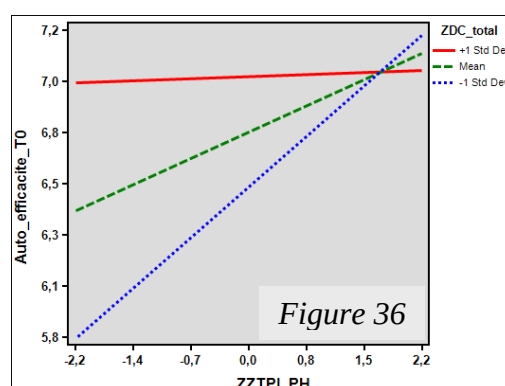
tabac. Lorsque les scores sont faibles dans cette dimension, un fort désir de contrôle conduit à une valorisation du tabagisme alors qu'un faible désir de contrôle renvoie à de moindres attitudes positives. L'orientation dans la dimension « Futur » (Figure 35) conduit à de moindres attitudes positives envers le

tabac mais cet effet est d'autant plus marqué que le désir de contrôle est faible.

Lorsque le désir de contrôle est élevé, l'auto-efficacité reste stable et élevée quelle que soit l'orientation dans la dimension « Présent Hédoniste » (Figure 36). Quand le désir de contrôle est faible, le sentiment d'auto-efficacité s'accroît avec l'augmentation de l'orientation dans la dimension « Présent Hédoniste ».



Le sentiment d'auto-efficacité augmente également avec



l'orientation dans la dimension « Futur » mais cet effet est d'autant plus marqué que le désir de contrôle est élevé (Figure 37).

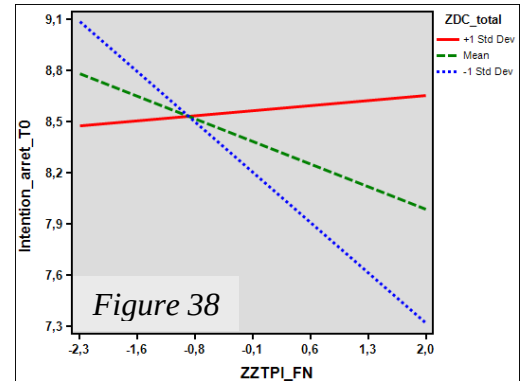
Enfin, une régression multiple montre un effet modérateur du désir de contrôle dans le lien existant entre la dimension « Futur Négatif » et l'intention d'arrêter le tabagisme (Tableau XLIV).

Tableau XLIV : Interaction de la dimension Futur Négatif et du désir de contrôle sur l'intention d'arrêt du tabagisme dans la population en centres de tabacologie

Centres	Intention
FN*DC	.23**

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Lorsque le désir de contrôle est élevé, l'intention comportementale reste stable quelle que soit l'orientation dans la dimension « Futur Négatif », mais quand il est faible, l'intention décroît avec l'augmentation des scores dans cette dimension (Figure 38).



1.7.4. Synthèse

Les résultats concernant le désir de contrôle montrent que celui-ci est étroitement lié à la perspective temporelle et qu'il intervient conjointement avec cette dernière dans l'édification comportementale. Ainsi, il participe à produire une représentation différenciée du produit de consommation, mais également du sentiment d'auto-efficacité et de l'intention comportementale vis-à-vis de l'arrêt du tabagisme. De la même manière que Fieulaine et Martinez (2011), nos résultats montrent que l'effet protecteur de la dimension « Futur » dépend du niveau de désir de contrôle. Cet effet n'a pas été mis en évidence au niveau des intentions d'arrêt mais dans les attitudes envers le tabac. Complémentairement, certains résultats ambigus entre les attitudes et la dimension « Présent Hédoniste » peuvent aussi être éclairés par cette variable. Les niveaux d'auto-efficacité pour les dimensions « Présent Hédoniste » et « Futur » sont également dépendants du désir de contrôle, l'effet de ce dernier étant mélioratif.

Seule l'interaction entre la dimension « Futur Négatif » et le désir de contrôle est significative pour l'intention d'arrêt. Le désir de contrôle vient ainsi pallier l'effet d'une pression temporelle. En cela, l'arrêt peut représenter un moyen de concrétiser un contrôle sur un environnement imprévisible ou difficile à anticiper.

L'engagement dans une démarche de sevrage tabagique renvoie à une différenciation temporelle des distances perçues concernant l'arrêt, les risques de maladies ou les effets

positifs et négatifs associés à l'arrêt. L'arrêt est perçu comme plus proche dans le temps, de même que le risque de maladie. Cette proximité perçue vis-à-vis de l'arrêt renvoie effectivement à des indicateurs motivationnels plus favorables (motivation, attitudes, intention, auto-efficacité), mais paradoxalement, les représentations de haut niveau sont plus activées lorsque la distance perçue de l'arrêt est proche dans le temps.

1.8. Distance des bénéfices/risques associés au tabac et à l'arrêt en fonction de la perspective temporelle et du désir de contrôle

1.8.1. Distance des bénéfices/risques associés au tabac et à l'arrêt en fonction de la perspective temporelle

Une hypothèse consistait à évaluer si l'orientation dans certaines dimensions de la perspective temporelle pouvait conduire à des différences dans la perception de distance associée aux bénéfices/risques du tabagisme ou de l'arrêt. De la même manière que la distance perçue de l'arrêt, les distances concernant le risque d'être malade, et des effets positifs et négatifs de l'arrêt et du tabagisme ont été recodées en cinq variables continues. Des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe ont testé si les dimensions temporelles sont associées à la perception de ces distances (Tableau XLV).

Tableau XLV : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe des sous-dimensions de la perspective temporelle sur les distances perçues des risques de maladie, effets négatifs et positifs du tabagisme et de l'arrêt dans les populations en centres de tabacologie et Online

Distances	Risque d'être malade	Effets négatifs de l'arrêt	Effets positifs tabagisme	Effets négatifs tabagisme
Centres				
PF			.34***	.19**
Online				
PH		-.28*		
PF	-.31**	-.37**		

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Les résultats montrent que dans les deux populations, la dimension « Présent Fataliste » est associée à la distanciation des bénéfices/risques. Dans la population en centres de tabacologie, l'augmentation de l'orientation dans cette dimension conduit à percevoir des effets positifs et négatifs du tabagisme qui s'éloignent dans le temps. Dans la population Online, l'orientation dans cette même dimension conduit à percevoir un risque de maladie ainsi que des effets négatifs de l'arrêt plus élevés quand perçus comme proches dans le temps. De même, la dimension « Présent Hédoniste » renvoie à une perception des effets négatifs de l'arrêt proches dans le temps.

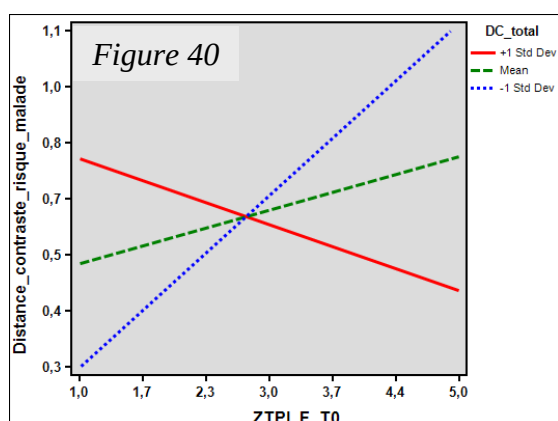
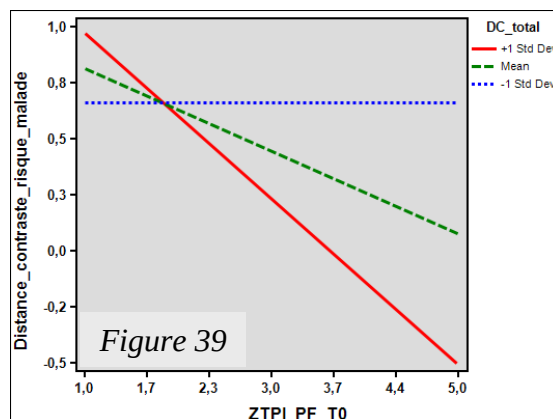
1.8.2. Distance des bénéfices/risques associés au tabac et à l'arrêt, test d'un effet d'interaction entre la perspective temporelle et le désir de contrôle

Tableau XLVI : Interaction entre les sous-dimensions de la perspective temporelle et le désir de contrôle sur les distances perçues du risque de maladie, des effets positifs et négatifs du tabagisme et de l'arrêt dans les populations en centres de tabacologie et Online

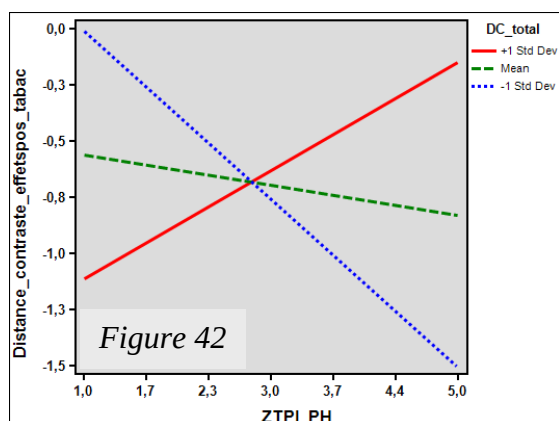
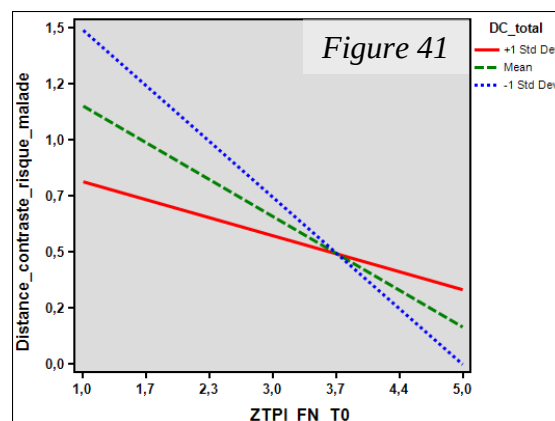
Distances	Centres (β)	Online (β)
Distance risque maladie		
PH x DC		.18*
PF x DC	-.27***	
F x DC	-.19**	
FN x DC	.17*	
Distance effets négatifs arrêt		
PH x DC		-.35**
Distance effets positifs tabagisme		
PH x DC		.35*
Distance effets négatifs tabagisme		
F x DC		-.24*

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Des effets d'interaction entre la perspective temporelle et le désir de contrôle sur les variables tabagiques ont été mis en évidence précédemment. Par un ensemble de régressions multiples contrôlées par l'âge, le sexe, la perspective temporelle, le désir de contrôle, tester ces interactions sur les distances vis-à-vis des risques, effets positifs et négatifs du



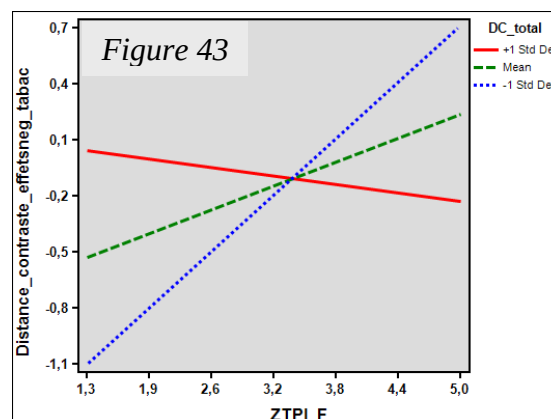
« Présent Fataliste » n'entraîne aucun effet sur la distance temporelle. Lorsque le désir de contrôle est élevé, l'augmentation du score dans cette dimension temporelle renvoie à une proximité temporelle (Figure 39). L'augmentation des scores dans la dimension « Futur » (Figure 40) va contribuer à des perceptions de distance différenciées selon le niveau de désir de contrôle. Lorsque ce dernier est faible, la distance



tabagisme et de l'arrêt ont été évaluées. Les résultats (Tableau XLVI) montrent effectivement des interactions significatives dans la distanciation temporelle des risques et bénéfices du tabagisme et de l'arrêt, mais aucun dans la distance à l'arrêt. Au niveau des centres de tabacologie, seul le risque perçu de maladie est significatif. Lorsque le désir de contrôle est faible, l'augmentation des scores dans la dimension

perçue augmente avec l'orientation future et à l'inverse lorsqu'il est élevé, la distance perçue se rapproche. Lorsque les scores dans la dimension « Futur Négatif » diminuent (Figure 41), la distance temporelle de ce risque de maladie est perçue comme d'autant plus éloignée que le désir de contrôle est faible. Dans la population Online, un faible désir de contrôle associé à une augmentation des scores dans la dimension « Présent Hédoniste » (Figure 42) correspond à une perception de proximité des effets

positifs du tabagisme. En présence d'un fort désir de contrôle, cette augmentation entraîne une distanciation temporelle de ces effets. Enfin, les effets de l'orientation future dépendent là encore du désir de contrôle dans la distance perçue des effets négatifs du tabagisme (Figure 43). Lorsque le désir de contrôle est faible, l'orientation future conduit à une mise à distance temporelle des effets négatifs du tabagisme. Quand le désir de contrôle est élevé, la distance perçue reste relativement stable.



1.8.3. Synthèse

De la même manière que précédemment, les différentes distances temporelles concernant les risques de maladie, effets positifs et négatifs de l'arrêt ne dépendent pas de la dimension « Futur » de la perspective temporelle. A nouveau se pose la question d'un effet modérateur par le désir de contrôle. Il apparaît que les risques de maladie, effets positifs et négatifs perçus de l'arrêt dépendent de la perspective temporelle selon les niveaux de désir de contrôle. Ainsi, la construction temporelle du risque semble inscrite dans le présent et le futur et modérée par le désir de contrôle. Certains profils se dessinent. Plus un fumeur est orienté vers le futur, plus il perçoit le risque de maladie comme proche temporellement quand le désir de contrôle est élevé. Lorsque le désir de contrôle et l'orientation future sont faibles, les effets négatifs de l'arrêt sont perçus comme proches. Nos résultats montrent donc toute l'importance de prendre en considération certaines variables associées à l'autorégulation dans l'étude de la perspective temporelle et des comportements de santé.

2. Résultats de la partie qualitative

Pour appréhender le tabagisme et l'arrêt dans toute sa complexité, une méthodologie mixte nous a paru d'emblée nécessaire. En effet, complémentirement à l'ancrage temporel, de nombreux enjeux individuels, sociaux et sociétaux sont associés au tabagisme et sa représentation. L'approche quantitative ne pouvait pas se révéler suffisante pour aborder ce rapport subjectif à la cigarette et les imbrications entre ces différentes strates qui interviennent finalement sur les comportements d'arrêt. Ce fait est d'autant plus marqué que le tabagisme est actuellement au cœur d'enjeux politiques et médiatiques suite à l'explosion de l'utilisation de la cigarette électronique et du renforcement de la lutte contre le tabagisme, notamment l'adoption du paquet neutre. L'objectif de cette démarche qualitative, sous forme d'entretiens semi-directifs, complémentaire aux études longitudinales est donc d'apporter du matériel discursif permettant l'approfondissement des résultats précédents mais également de saisir la manière dont les sujets mobilisent leurs expériences propres, mises en perspectives, pour construire l'arrêt du tabagisme.

Dix entretiens (Annexe IX), d'une durée d'une heure en moyenne, ont été réalisés auprès de futurs patients en sevrage tabagique au Dispensaire Emile Roux à Clermont-Ferrand. Les caractéristiques de ces fumeurs sont résumées dans le tableau XLVII. L'âge moyen est de 40,2 ans, le sex-ratio de 0,4. La moitié d'entre eux est identifiée en situation de précarité sociale (score Epices $\geq 30,17$).

Tableau XLVII : Caractéristiques des fumeurs interviewés

Ref	Sexe	Age	Epices	CSP	Aides sociales	Durée (min)
E-01	M	40	48,52	Sans activité	RSA, APL	84
E-02	F	57	38,46	Employé	APL	40
E-03	F	57	24,26	Employé	-	78
E-04	F	57	23,09	Employé	-	79
E-05	M	26	36,69	Sans activité	RSA, APL	66
E-06	F	24	36,69	Employé	RSA, APL	55
E-07	F	29	63,9	Etudiant/Invalidité	AAH, APL	30
E-08	F	46	14,79	Libéral	-	64
E-09	M	33	18,34	Employé	RSA, CMU, APL	45
E-10	F	33	16,56	Employé	-	85

RSA : Revenu de Solidarité Active ; APL : Aide Personnalisée au Logement ; CMU : Couverture Maladie Universelle

2.1. Analyse thématique manuelle

Tout d'abord, dans une analyse thématique verticale, les thèmes de chaque entretien ont été recensés manuellement. Cette extraction a permis l'obtention d'une grille d'analyse horizontale appliquée à l'ensemble du corpus. La première analyse des entretiens semi-directifs a consisté en l'identification des thèmes abordés spontanément suite à l'évocation du mot inducteur cigarette et avant la formulation de toute question issue du guide d'entretien. Ces thèmes recouvrent des unités de signification isolables et analysables de façon transversale (Bardin, 1977) selon des critères définis. Les thématiques citées et leur fréquence sont résumées dans le tableau XLVIII pour l'ensemble des fumeurs et selon les situations de précarité identifiées par le score Epices.

Après une première phase d'imprégnation et de familiarisation du corpus (Duchesne & Haegel, 2008), un premier inventaire thématique des thèmes spontanés a été réalisé et leur fréquence d'occurrence calculée.

Le thème le plus cité spontanément (90% des entretiens) concerne les modes de consommation de la cigarette, notamment le pourquoi ou le contexte associé. De la même manière, les aspects de socialisation ou relatifs à la perception du tabac en tant que drogue sont fréquents (80%). L'arrêt est abordé dans les mêmes proportions. Dans cette continuité, l'importance de l'entourage, la dimension de contrôle, l'impact sur la santé, la perception des risques, de la cigarette et les tentatives antérieures font partie des thèmes récurrents (70%). Le contexte de consommation, les stratégies de réduction des risques et des coûts sont abordées, les tentatives précédentes et rechutes décrites. Les aspects financiers de la consommation semblent également importants (60%), que les fumeurs se trouvent en situation précaire ou non, de même que la notion de plaisir (50%) qui illustre un marqueur de l'ambivalence. L'image sociale du fumeur est fréquemment citée (40%) ainsi que les aspects identitaires (30%). Les autres thèmes concernent une approche plus pragmatique, notamment l'accès au produit (30%), le marketing (20%), la cigarette électronique (40%), ou les attentes vis-à-vis du suivi tabacologique (30%).

Tableau XLVIII : Thèmes et fréquence de citation spontanée extraits de l'analyse thématique manuelle des entretiens semi-directifs

Thèmes	Total (N=10)	Précaire (N=5)	Non-précaire (N=5)
Consommation	9	4	5
Drogue	8	3	5
Socialisation	8	4	4
Arrêt	8	4	4
Traitements d'aide à l'arrêt	7	4	3
Entourage	7	3	4
Contrôle	7	3	4
Santé	7	3	4
Perception cigarette	7	3	4
Initiation, histoire tabagique	7	3	4
Perception des risques	7	3	4
Tentatives antérieures	7	3	4
Aspects financiers	6	3	3
Plaisir	5	2	3
Information/prévention	5	2	4
Image sociale du fumeur	4	2	2
Cigarette électronique	4	3	1
Accès au produit	3	1	2
Identité	3	2	1
Attentes du suivi	3	1	2
Marketing/commerce	2	2	0
Tabagisme passif	1	1	0

Suite à ce premier classement thématique, les contenus associés ont été regroupés et organisés. Cette analyse met en avant quatre catégories interdépendantes dans lesquelles ils se répartissent. Une première concerne la construction du rapport au tabac dans une perspective temporelle, sociale et identitaire. Une deuxième renvoie à la consommation de tabac de manière générale et l'ambivalence qui en découle. Une troisième se caractérise par la perception des risques et la mise en place de stratégies de réduction ou neutralisation. Enfin la quatrième correspond à l'arrêt. Les citations des fumeurs en situation de précarité sont surlignées en **bleu**, ceux ne l'étant pas sont surlignés en **vert**.

➤ La construction du rapport au tabac

Bien que le tabagisme s'inscrive dans un cadre sociétal général, le rapport concret à la cigarette débute avec sa consommation. L'ensemble des interviewé se remémore aisément le

contexte d'initiation. Il repose sur un mode d'acceptation sociale et d'appartenance à un groupe voire de défi ou une affirmation de soi en bravant l'interdit (Femme, 57 ans, non précaire ; *« j'ai commencé adolescente. J'ai commencé je devais avoir 15 ans. A l'époque c'était plus pour faire comme les copains et les copines, pour braver l'interdit parce que bien sûr mes parents n'allaient pas nous nous, comment dire, nous suggérer de fumer ou nous soutenir dans cette pratique »*). Dans plusieurs entretiens, notamment chez les plus âgés, la responsabilité de l'initiation tabagique n'est pas portée car peu de communications préventives existaient sur les méfaits du tabac, ou les parents étaient jugés comme permissifs (E-04, Femme, 57 ans, non précaire ; *« Je suis responsable de fumer des cigarettes, c'est la faute à personne hein. La seule chose où je me sentirais pas responsable c'est que quand on était jeunes nous ados on était pas venu nous dire que c'était dangereux, on les distribuait les clopes »*). Tous portent néanmoins la responsabilité de la poursuite de la consommation. Le tabagisme à l'adolescence représentait un outil de socialisation permettant soit de se donner un aplomb suffisant, soit d'entrer en contact avec les autres du fait de ce point commun et correspondre à une norme sociale. Malgré cet effet positif à l'époque, l'interprétation a posteriori est négative car des stratégies alternatives étaient disponibles mais la facilité a été choisie (Homme, 26 ans, précaire ; *« Non aujourd'hui je pense que c'est un peu con quoi. On pense pas la même chose quand on a 15 ans et quand on a heu quand on en a 25 quoi. On se dit ouais, aujourd'hui je suis capable de m'intégrer par d'autres moyens quoi, par l'associatif, par le travail, par la discussion, on arrive aujourd'hui à s'intégrer autrement quoi. »*). Ce choix pourrait avoir été en partie produit par des stratégies marketing facilitant le tabagisme chez les jeunes (packaging adapté, goûts...) (Femme, 29 ans, précaire ; *« J'avais 9 ans à peu près, 10 ans peut-être. Non mais après je fumais pas vraiment. Non je fumais pas vraiment, elle m'en laissait quelques-unes. En plus heu c'était bien, c'était des cigarettes à l'orange, aux arômes de je sais pas quoi, à l'orange, d'autres à l'abricot, je sais pas quoi. Ça avait donné envie et ils en vendaient plus de trucs comme ça »*).

Le rapport à la cigarette évolue ensuite en parallèle de la consommation quotidienne. De l'outil social, le fumeur développe un plaisir ou d'autres effets associés à sa consommation au même titre que la dépendance. Dans une phase pouvant s'échelonner de quelques mois à quelques années, la dépendance s'installe progressivement (Femme, 24 ans, précaire ; *« Ben oui c'était un peu ça au début, c'était voilà on taxe une cigarette de temps en temps en soirée, puis ensuite on achète son paquet et puis après, le paquet on l'a toujours. On le finit en soirée, on fume à la maison. Voilà c'est un cercle vicieux quoi. C'est plus ça quoi. »*). Elle se

concrétise soit par l'obligation d'acheter ses propres paquets de tabac, soit par la perception du manque et qu'il est trop tard pour revenir en arrière (Femme, 33 ans, non précaire ; « *Ha ben tiens, c'est peut-être la première fois que j'avais ressenti que j'étais dépendante, ha ben oui un dimanche où j'avais quasiment plus de cigarettes dans le paquet je me disais merde je vais pas, je vais pas pouvoir faire la journée avec les cigarettes qu'il me reste et j'ai rien d'ouvert. Là, je me suis rendue compte peut-être que j'étais dépendante.* »). Dans le même intervalle, le fumeur associe un certain nombre d'effets à la cigarette qui viennent renforcer la dépendance (E-04, Femme, 57 ans, non précaire ; « *J'ai jamais fumé comme certains heu 3 paquets par jour. Par contre c'est vrai que avant, je fumais pas le matin, maintenant je fume le matin et je fume le matin depuis des problèmes personnels* »). Se développe ainsi une identité de fumeur. La cigarette s'installe dans le quotidien par l'instauration de rythmes de consommation, de rituels (Femme, 24 ans, précaire ; « *Ben le matin, en soirée, dans la voiture, pas mal, je sais que je fume pas mal en voiture. J'ai pris l'habitude quand je faisais la route justement pour aller quand j'étais étudiante. Je cherchais pas, je faisais 1h30 de route je fumais 5 clopes en 1h30 quoi.* »). Même s'il existe une intériorisation du tabagisme, il n'en demeure pas moins social, dans les relations de voisinage ou professionnelles par exemple (Homme, 26 ans, précaire ; « *Ca peut apporter un petit plus parce qu'on va se réunir, on va être un petit groupe de fumeurs donc on va se réunir dans un coin et ça va aider à la conversation quoi* »), mais aussi de manière plus utilitaire dans la manipulation ou l'utilisation de l'autre pour obtenir du tabac (Homme, 40 ans, précaire ; « *Ouais j'aime bien me démarquer parce qu'on me dit c'est quoi ça puis bon ben avec une tu peux en échanger deux. Il y a toujours un côté malicieux quoi.* »). Cette reconnaissance d'un autre fumeur peut reposer sur un aspect qui a été souvent verbalisé et revêt un caractère ambivalent : l'odeur. Le fumeur est marqué par cette odeur, souvent jugée négativement mais qui selon les contextes peut représenter un moyen d'identification ou un appel à la consommation (Homme, 26 ans, précaire ; « *c'est l'appel du diable. (Sent) Ha tiens il y a un fumeur par-là heu c'est plus une tentation de se dire je vais pouvoir lui taxer une cigarette quoi.* »). Cette odeur contribue à une perception négative chez le non-fumeur (E-04, Femme, 57 ans, non précaire ; « *tu es parké, vas-y là tu pues, on va te parquer, ouais va un peu plus loin* »). Il existe ainsi un sentiment d'incompréhension quant à la consommation et la dépendance. Cette image négative est compensée par de fréquentes comparaisons avec d'autres consommations de substances psychoactives et une relativisation (Homme, 40 ans, précaire ; « *ben c'est pas bien d'être fumeur à l'heure d'aujourd'hui mais bon je préfère être fumeur que buveur ou que* »).

joueur je pense que c'est le moins dangereux de tout parce que malgré qu'on est gros fumeur, on peut gérer ça, on peut être aidé et puis c'est, on arrive pas à arrêter ben tant pis quoi. Mais oui, moi j'ai des copains qui ne fument pas mais qui jouent. C'est, c'est affreux quoi, ils ont tout perdu tout perdu, la maison. »), d'autant que l'image sociale perçue est souvent particulièrement négative (Homme, 26 ans, précaire ; « *des pestiférés, on est ni des assassins, ni des délinquants* »).

Le rapport à la cigarette évolue là encore pour aboutir à une représentation ambivalente (Homme, 40 ans, précaire ; « *elle te lâche pas quoi c'est une garce dans le sens, même si tu ressens pas, t'as l'impression d'avoir un bien-être c'est mauvais... ça c'est sûr que absorber des produits très dangereux ça peut pas te faire du bien quoi je le sais donc c'est vraiment une garce dans ce sens-là. C'est-à-dire que, elle est jolie, elle est bien présentée, elle est dans un beau paquet souple ou rigide, elle est ... elle est bien ... mais elle est mauvaise quoi. Ouais, c'est vraiment une garce, comme une nana qui est bien maquillée puis à l'intérieur qu'est pleine de maladies, c'est pas inscrit quoi, c'est pareil* »).

➤ La consommation de tabac

Au-delà d'un impact social, les motifs de consommation sont variés voire contradictoires chez un même fumeur. Ils s'inscrivent également dans deux représentations opposées du produit. De manière quasi systématique, la cigarette est associée à la notion de plaisir ou la détente, particulièrement avec la co-consommation d'alcool, à la régulation des émotions négatives (énervement, stress, colère...), à un stimulant (Femme, 57 ans, précaire ; « *Oui, ben moi la cigarette c'est mon petit moment détente. C'est heu ben quand je vais pas bien, ou je sais pas. Ouais, c'est un plaisir.* » ; Homme, 26 ans, précaire ; « *quand je suis bien énervé bien en colère parce qu'il y a un truc que j'arrive pas à faire ou on m'a énervé, heu la cigarette sur le moment peut me permettre de heu de me détendre. L'accumulation des cigarettes peut me permettre de, d'être moins énervé quoi. Moins énervé, moins stressé.* »). Tous ces effets positifs de la consommation sont contrebalancés par la perception de la dépendance qui est ressentie par tous et conduit à catégoriser le tabac comme une drogue, voire une drogue dure pour certains d'entre eux (Femme, 48 ans, non précaire ; « *c'était plus toxicomane on va dire, j'en avais envie, il me la fallait* »). Certaines cigarettes sont purement automatiques, habituelles, conditionnées (Femme, 57 ans, précaire ; « *Oui je me rends compte que celle du matin c'est vraiment un automatisme pourtant je l'apprécie pas particulièrement mais c'est celle dont j'ai le plus de mal à me défaire en fait.* »). Il existe un sentiment d'impuissance

suite au développement insidieux de la dépendance. Les ressentis peuvent ainsi être relativisés (Femme, 57 ans, non précaire ; « *Alors que la cigarette c'est complètement illusoire hein, quand je suis stressée je vais en fumer une. Bon, pendant une minute ça me détend mais heu heu voilà il y a pas d'effet secondaire agréable* »). Une des problématiques perçues repose sur une consommation excessive qui conduit à des risques et nombre de ces fumeurs souhaiteraient ne conserver qu'une consommation plaisir (E-04, Femme, 57 ans, non précaire ; « *A partir du moment où je pense que c'est avec excès, c'est, ça arrive de mettre des problèmes de santé* »). Le plaisir ayant disparu, cette consommation excessive se caractérise généralement par une traduction selon des aspects financiers. L'argent part ainsi littéralement en fumée, la conversion se fait en projets de voyages qui seraient réalisables sans la consommation ou plus concrètement dans une amélioration de la qualité de vie (Homme, 26 ans, précaire ; « *Ben ouais parce que on se dit putain 300 euros quand même aujourd'hui c'est pas négligeable heu vu comment a augmenté le prix de l'essence, le prix de, l'augmentation du prix de la viande, de la bouffe, on se dit je pourrais peut-être me faire un peu plus plaisir sur la bouffe ou sur les fringues, tiens je pourrais peut-être m'acheter un jeans ce mois-ci parce que j'aurais pas eu 300 euros à mettre dans, dans le dans le tabac quoi.* »). Il en découle la mise en place de stratégies de réduction des coûts. Elles reposent souvent sur le passage des cigarettes manufacturées vers le tabac roulé ou des achats transfrontaliers (Femme, 24 ans, précaire ; « *On va dire que c'est plus une habitude que j'ai prise parce qu'au début j'aimais pas ça mais bon c'est moins cher que les blondes donc finalement on se réhabitue* »). Cet aspect permet d'aborder la question de la cigarette en elle-même. Au-delà des effets qui lui sont attribués, le plaisir de la consommation passe aussi par un goût et le choix d'une marque. Les raisons de ce choix ne sont pas toujours très clairement identifiées mais il semblerait que chacun, après différents essais, trouve une marque qui lui corresponde (Femme, 24 ans, précaire ; « *C'est vrai qu'il y en a certaines un peu plus, puis après on en teste plusieurs. Il y a aussi celle qui nous correspond le plus. Une fois pour avoir taxé un collègue qui fumait des brunes sans filtre, je l'ai fumée quand même mais j'en ai taxé qu'une dans la journée.* »). Plusieurs critères sont utilisés, par exemple, les taux de goudron, les additifs, les conservateurs, le goût (Homme, 26 ans, précaire ; « *Fleur du pays c'est un tabac que j'ai toujours fumé puis que, qui est mal, que j'aime bien niveau goût. Parce ce que c'est aussi un tabac qui se rapproche le plus du naturel parce que c'est une des marques ils ont rapidement enlevé ce qui est agents de texture et compagnie et heu les goudrons et tout. Niveau goût du tabac on se rapproche plus du vrai goût du tabac quoi, que quand on prend*

d'autres marques, on le voit c'est bourré de goudrons, de nicotine, de machins, d'agents de texture et tout donc heu. On sent le goût aussi. »). Le rapport au produit tabac est important, le naturel est souvent recherché, et plus facilement retrouvé dans le tabac à rouler. Ce rapport au produit modifie la façon de consommer. Avec le passage au tabac à rouler naît le rituel du roulage de cigarette qui représente un moment préparatoire directement associé au plaisir mais aussi au contrôle (Femme, 33 ans, non précaire ; *« Alors, c'est justement pour pas retomber dans cette facilité d'ouvrir un paquet et de fumer sa clope très facilement très très, dans n'importe quelle circonstance. Du coup ouvrir son paquet et fumer sa cigarette en conduisant c'est faisable, rouler sa cigarette en conduisant c'est pas possible enfin moi j'arrive pas. Donc c'est pour ce côté pas facile d'accès à cette cigarette. C'est aussi associé à un moment encore une fois je prends le temps de rouler ma cigarette »*). Le tabac à rouler a un effet perçu différent, plus fort. Il ne peut être consommé de la même manière que les cigarettes manufacturées. Ces dernières sont perçues souvent comme plus nocives car traitées pour rendre plus dépendant (Homme, 40 ans, précaire ; *« c'était mauvais les blondes parce qu'ils te mettent maintenant des produits où tu es addict rapidement »*).

➤ La perception des risques

Même si les risques ne sont pas forcément verbalisés de manière précise, l'ensemble des fumeurs interviewés les perçoivent. Des attributions sont faites concernant diverses problématiques de santé quant à l'effet du tabac. L'effet n'est pas perçu comme direct mais susceptible de ne pas améliorer la situation. Pour d'autres, des liens directs et forts sont établis. Ils ont été intégrés par les discours médicaux qui se sont révélés marquants. Les antécédents médicaux ont été interprétés comme des signaux indiquant la nécessité d'arrêter. Il en ressort un sentiment de culpabilité et d'impuissance face aux difficultés de mise en œuvre de ce comportement. Pour certains, la distance face à un événement de santé conduit à la suppression même du risque de la consommation (Femme, 48 ans, non précaire ; *« Ha oui oui c'est la peur, c'est la peur, je peux vous dire que c'est la peur. En fin de compte la peur on oublie vite quand ça va bien après c'est ça »*). Les risques sont perçus à différents niveaux. Dans les aspects concrets, tous ressentent des effets négatifs tels que la toux, un essoufflement (Femme, 33 ans, non précaire ; *« c'est un point que j'ai quand même constaté qui est assez drôle de constater, de remarquer, de se dire que par cette consommation, physiquement on en ressent des effets, c'est concret. C'est pas comme quand on vous dit ça peut provoquer le cancer. C'est quelque chose qui n'est pas du tout, c'est théorique. Là, c'était ressenti donc*

lorsque j'ai ressenti les effets, j'ai pris conscience que voilà, ça pouvait être à moindre échelle que le cancer bien sûr, mais déjà avoir des répercussions sur le corps. »). Ces effets sont intériorisés à travers l'expérience corporelle, le ressenti physique qui concrétisent un risque. Ils sont perçus, connus, expérimentés mais pas forcément reliés à des risques à plus long terme qui eux sont considérés comme abstraits, virtuels, voire irréels.

Le changement des habitudes de consommation est utilisé pour la réduction des coûts induits mais il l'est également pour la réduction des risques. Le tabac à rouler, bien que plus nocif est perçu comme un meilleur moyen de contrôle de la consommation. Les cigarettes manufacturées sont trop douces, il est trop simple de les attraper dans le paquet et les fumer (Homme, 26 ans, précaire ; *« Oui c'est pour ça aussi avant je prenais beaucoup de tabac à rouler parce que des fois ça me faisait chier de rouler, j'attendais une demi-heure de plus ou j'attendais le lendemain matin alors que la blonde c'est tellement facile. On ouvre le paquet on allume et puis voilà. Et on est plus facilement tenté par en fumer une autre derrière. Ça c'est clair. Je peux fumer deux blondes d'affilée j'aurai pas les mêmes problèmes qu'avec deux roulées d'affilée. »*). Rouler rend le comportement plus compliqué et nécessite plus de motivation à la consommation. De la même manière, des règles sont régulièrement mises en place permettant le contrôle de la consommation. Les interdictions de fumer dans les logements sont courantes, le lien est d'ailleurs posé entre l'état des murs chez les fumeurs et l'état des poumons (Homme, 40 ans, précaire ; *« Ouais ça met de la nicotine qui est invisible mais que tu vois, après voilà sur un mur blanc, sur un papier alors imagine les poumons. Enfin c'est tout comme ça c'est tout, moi je me rends compte de plus en plus »*). La ritualisation de consommation à certains moments de la journée conduit également à cette réduction des risques (Femme, 24 ans, précaire ; *« au bout d'un moment je mettais des étapes. Une en partant, une à Laval, j'en prenais une à Château-Gontier parce que sinon je sais pas, j'en fumais presque 10 en 1h30, c'est pas possible. »*).

Les discours médicaux sont parfois perçus comme inadaptés. Ils sont vécus comme moralisateurs mais sans proposer de réelle solution. Des discours contradictoires sont tenus entre les médecins et pharmaciens remettant en cause la crédibilité des aides proposées (Femme, 24 ans, précaire ; *« Oui, on a dit que ça se faisait donc heu j'avais du 14, je rajoutais 7, ça faisait 21. Il aurait pu me prescrire du 21. A la base il m'avait prescrit du 21. C'est le pharmacien qui a dit ouais non c'est trop, prenez du 14. Alors je suis arrivé aux 21. »*). Enfin, les campagnes de communication autour du tabagisme sont perçues comme fausses car le

tabagisme rapporte de l'argent à l'Etat (E-04, Femme, 57 ans, non précaire ; « *effectivement, la cigarette le problème de santé qui embête l'Etat c'est, c'est le coût que ça a par rapport aux soins. Parce que finalement qu'est-ce qu'on en a à foutre que les gens fument.* »).

➤ L'arrêt de la cigarette

La grande majorité des fumeurs interviewés avaient déjà expérimenté l'arrêt dans le passé. De nombreux bénéfices y sont associés principalement dans des termes financiers ou sanitaires en gains ou non-pertes. L'arrêt peut représenter un moyen d'être en bonne santé et d'adopter une meilleure hygiène de vie (Femme, 57 ans, non précaire ; « *J'aimerais vraiment m'en libérer voilà ça c'est, ne plus avoir besoin de ça le matin heu retrouver ma voix, avoir envie de faire du sport, de pas souffler quand je marche, quand je me balade, heu voilà quoi de retrouver une certaine énergie parce que je pense que ça sape un peu l'énergie en soi.* »). Il peut aussi être centré sur la peur de la maladie (E-04, Femme, 57 ans, non précaire ; « *la peur de la maladie par rapport à la cigarette bon on l'a dans la tête* »). Néanmoins l'arrêt actuel s'inscrit dans le regret anticipé car la consommation plaisir est perçue comme idéale (Femme, 48 ans, non précaire ; « *Ce genre de comportement je vais dire avec la cigarette j'aimerais bien, il en fumait une par jour, vraiment que pour le plaisir quoi. Le soir quand il faisait beau, il se mettait dans le jardin il fumait sa petite cigarette mais c'est tout. De la journée, il en fumait pas. Il partait pas au boulot avec les clopes c'était vraiment différent. Un paquet, ça lui faisait la semaine.* »). Cette consommation plaisir a d'ailleurs été responsable de rechutes lors de tentatives précédentes (Femme, 24 ans, précaire ; « *Et puis on se dit voilà pareil, comme au début on va refumer une taffe ou deux et puis une clope, et on rachète son paquet, et hop c'est reparti. Pareil qu'au début* »). Les raisons évoquées concernant l'arrêt le posent également comme un défi pour lesquels les risques d'échec ne sont pas anodins mais s'accompagnent d'une augmentation de la consommation (Femme, 24 ans, précaire ; « *Puis pour le problème quand on arrête, on reprend encore pire j'ai l'impression, c'est ça* »). Toute cigarette devient par la suite un objet interdit car conduit à la rechute mais même si cette information est disponible après-coup, certains fumeurs perçoivent le risque de commettre les mêmes erreurs que dans le passé. Un autre risque de l'arrêt est perçu, souvent par les ex-consommateurs d'autres produits psychoactifs. Il s'agit du transfert d'addiction (Homme, 40 ans, précaire ; « *Tu vois comme j'ai des copains ils ont arrêté de fumer ils vont mettre l'argent dans le jeu* »). Le tabagisme est perçu comme la moins dangereuse des addictions et reste malgré tout socialement acceptable. Il existe donc la peur de ne pas contrôler ce besoin

d'addiction, la crainte se matérialisant sur l'alcool, le jeu mais aussi les traitements nicotiques substitutifs (dont la cigarette électronique) (Femme, 57 ans, précaire ; « *si j'arrête de fumer pour prendre la cigarette électronique je pense qu'à la fin j'en serai au même résultat, je fumerai encore. Je serai dépendante de ces dosettes encore, de ces petits flacons.* »).

Nombre de ces fumeurs ont tenté d'arrêter à plusieurs reprises. Il ressort un mauvais soutien ou un manque de volonté qui se positionne souvent comme le facteur primordial. Les arrêts ont été réalisés dans le cadre d'hospitalisations ou lors de grossesses pour les femmes. L'importance du suivi émerge donc. Pour certaines, l'enfermement serait une solution (Femme, 57 ans, précaire ; « *Il faudrait qu'il y ait des cures comme pour l'alcool, qu'on nous enferme quelques jours* »). Dans tous les cas, il est important de compenser par quelque chose d'autre, sport, activité, alimentation, etc. (Homme, 33 ans, non précaire ; « *je prive mon corps de nicotine alors il réclame autre chose pour compenser.* »). Les bénéfices qui y sont associés sont marqués différemment dans le temps. Pour certains ils sont presque immédiats (Homme, 33 ans, non précaire ; « *Je reconnais des odeurs que forcément avant je connaissais mais je les sentais pas comme là, je sais pas.* »). Pour d'autres, il est nécessaire d'endurer le syndrome de manque pendant plusieurs mois (Femme, 57 ans, précaire ; « *De toute manière pour avoir des résultats, déjà il faut qu'il y ait un laps de temps, il faut qu'il y ait 6 mois, 7 mois sans fumer* »). L'amélioration est perçue comme progressive par la régénération du corps et l'élimination des toxines. De plus petits effets s'observent rapidement (teint, voix, goût, odorat, doigts jaunes) (Femme, 29 ans, précaire ; « *Ce que j'ai bien aimé moi c'était sur les doigts, je fumais du tabac roulé et du coup moi mes doigts ils sont blancs quoi tandis qu'avant ils étaient jaunes (Rires) voire oranges, noirs quoi. Enfin pas noirs non, un petit peu brûlés tu vois.* ») et d'autres s'obtiennent par évitement d'un risque dans un futur plus éloigné mais ne semblent pas concrets (Femme, 57 ans, non précaire ; « *j'ai envie de mourir d'autre chose que d'un truc comme ça qui m'empêche de respirer ou, ça me paraît d'être une mort effroyable quoi.* »).

Cette difficulté est d'autant plus marquée qu'elle s'inscrit dans un contexte plus ou moins favorable. Le soutien social est important (Homme, 26 ans, précaire ; « *Quand on veut arrêter quelque chose à deux c'est toujours plus facile parce qu'il y a un soutien mutuel et encouragement mutuel aussi* »). Les odeurs représentent des signaux susceptibles de créer le désir de consommer, au même titre que voir un fumeur. Le manque de contrôle ressort ou plus

précisément le craving qui marque une impuissance ou des difficultés face à la gestion du manque (Femme, 48 ans, non précaire ; « j'étais obligé, à en pleurer quoi, à en pleurer, vous vous rendez compte, à en pleurer je dis. Truc de fou quoi. Comme un gamin qui fait un caprice quoi, pareil. J'en ai pleuré, j'en ai pleuré. Quand je me suis assise sur ma valise j'en ai pleuré quand j'avais la cigarette, vous imaginez »).

De manière générale, les traitements d'aide à l'arrêt sont perçus de manière négative (Homme, 33 ans, non précaire ; « Le Champix, les patches, des chewing-gums à la nicotine, Niquitine, les sprays. De toute façon c'est devenu un business tout ça ») et provoquent de nombreuses conséquences (Homme, 40 ans, précaire ; « C'est plus dans nos têtes, c'est plus dans notre conscience quoi, que le médicament il va peut-être être efficace pour réduire mais il va nous faire du mal quelque part quoi. C'est comme quand on prend un Doliprane bon ça soulage la tête mais après on a mal ailleurs ») bien que perçus comme nécessaires ou utiles (Homme, 33 ans, non précaire ; « j'ai des amis qui ont arrêté avec ça »). Il s'agit là principalement des traitements substitutifs nicotiques, les autres ayant été rarement cités. Les posologies ne semblent pas clairement définies non plus car les discours peuvent diverger entre médecins et pharmaciens. Plusieurs techniques d'aide à l'arrêt ont été citées mais sans réelle conviction quant à leur efficacité (Homme, 26 ans, précaire ; « Tu claques 50 boules là-dedans mais si t'es pas motivé ça sert à rien de, d'essayer 30 000 sortes de produits, de faire de l'hypnose, de l'acupuncture, des machins comme ça parce que si t'es pas motivé ça marche pas quoi. On est commandés par notre cerveau qui nous dit toi t'es peut-être motivé mais pas moi. Peut-être que physiquement t'es motivé mais pas moi ! »). Il ressort que chaque fumeur doit identifier la méthode qui lui convient le mieux. Certains ont ainsi essayé la cigarette électronique. Celle-ci est clairement identifiée comme un moyen d'aide à l'arrêt qui ne doit pas perdurer au-delà de 6 mois (Femme, 24 ans, précaire ; « j'ai pensé à le faire et puis bon ça peut paraître un peu idiot, ça me fait peur parce que les, comment dire, les recherches et les résultats sont pas certains hein. J'ai même lu, je me rappelle plus où heu que, qu'il y avait une forte probabilité que la cigarette électronique soit aussi nocive voire plus que du vrai tabac et puis heu, ce que j'ai lu aussi c'est que c'est un comment dire, un palliatif il faut l'utiliser pas plus de 6 mois. Si au bout de 6 mois vous êtes toujours en train de téter (Rires) la cigarette heu c'est que ça sert à rien, il faut arrêter. »). Elle est perçue de manière négative car ses effets à long terme sont inconnus contrairement à ceux de la cigarette traditionnelle. Pour certains elles font perdurer une gestuelle et correspondent à un produit du tabac. D'autres la perçoivent totalement différente du tabac mais sans intérêt. Un des

principaux reproches réside dans son mode de consommation où il est possible de la sortir à n'importe quel moment, et les fumeurs y sont constamment accrochés. Même si elle est associée à un moyen d'arrêter, les aspects commerciaux associés sont mal acceptés. Pour ceux l'ayant essayé, la vapeur est ressentie comme plus agressive que les cigarettes, le goût ne convient pas forcément (Femme, 24 ans, précaire ; « *Je trouve qu'au niveau de la vapeur, enfin, au niveau de la gorge, c'est finalement plus agressif que la cigarette, enfin c'est l'impression que j'en avais. Ça a fait un investissement pour rien. Ça a coûté finalement plus cher qu'autre chose et puis finalement maintenant on s'en sert plus du tout donc on est retourné au tabac.* »). Elle n'est pas suffisante car l'impression de fumer n'est pas satisfaisante. La présence de nicotine participe à pérenniser la dépendance.

2.2. Analyse lexicométrique

Une analyse Alceste (Reinert, 1986) a été réalisée sur le même corpus à l'aide du logiciel Iramuteq. A travers une analyse statistique, l'organisation même du discours est cartographiée, indépendamment de toute interprétation. Ce n'est que par l'interprétation du lecteur, selon son vouloir-lire (Reinert, 1997) que cette organisation prend sens. Les mondes lexicaux extraits ont un sens et ne s'interprètent que dans des rapports d'opposition (Kalampalikis, 2003). Ainsi, cette analyse cherche la mise en évidence de la structure de distributions du discours. Le texte devient un ensemble d'énoncés élémentaires. L'individu est dépersonnalisé et devient uniquement un sujet-énonciateur produisant un discours. Ce discours se compose d'un ensemble d'énoncés, les énoncés d'un ensemble de vocables (Reinert, 1993).

Dans l'analyse Alceste que nous avons menée, 90% des unités de contexte élémentaires (UCE) ont été classées. Quatre classes ont ainsi émergé (Figures 44 et 45). La classe 2 s'oppose aux trois autres. La classe 4, quant à elle, s'oppose aux classes 1 et 3.

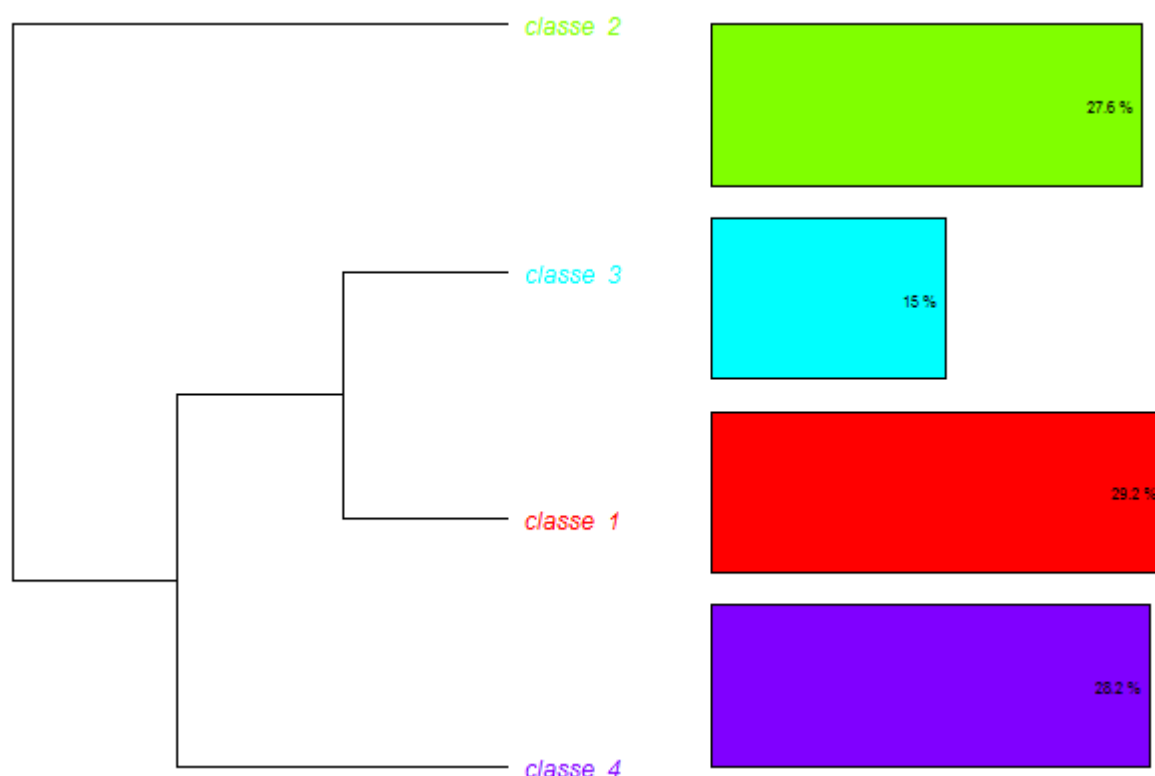


Figure 44 : Dendrogramme de la classification hiérarchique descendante obtenue par analyse Alceste

La classe 1 (Tableaux XLVIX et L) correspond à 29,2% du corpus. Elle se compose de 738 UCE et apparaît plutôt caractéristique du discours des hommes ($\chi^2=11,5$; $p<.001$) et des personnes sans activité professionnelle ($\chi^2=7,4$; $p<.01$). Les termes principaux renvoient à la consommation de tabac (« cigarette », $\chi^2=60,6$; $p<.001$) de manière dynamique (« aller », $\chi^2=84,8$; $p<.001$) et à ses effets (« permettre », $\chi^2=60,1$; $p<.001$). Elle marque le contexte de consommation (« café », $\chi^2=58,1$; $p<.001$; « matin », $\chi^2=58,0$; $p<.001$).

La classe 2 est composée de 699 UCE et représente 27,6% du corpus. Elle est centrée sur l'arrêt de manière pragmatique, les composantes de la dépendance (« nicotine », $\chi^2=106,3$; $p<.001$; « dépendance », $\chi^2=85,5$; $p<.001$), les traitements (« patch », $\chi^2=117,6$; $p<.001$), les questions quant au passage de la consommation et ce qu'elle implique à la mise en œuvre de l'arrêt (« question », $\chi^2=90,2$; $p<.001$). Elle est plus caractéristique du discours des femmes ($\chi^2=13,3$; $p<.001$) et des fumeurs en emploi ($\chi^2=11,3$; $p<.001$).

La classe 3 comprend 379 UCE correspondant à 15,0% du corpus. Elle représente le fumeur (« fumeur », $\chi^2=231,6$; $p<.001$) dans sa dimension sociale. L'odeur apparaît comme une caractéristique majeure (« sentir », $\chi^2=147,6$; $p<.001$; « odeur », $\chi^2=62,1$; $p<.001$). Elle

Tableau XLVIX : Classes extraites de l'analyse Alceste

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
Thème général	Consommation de tabac	Dépendance et prise en charge	Le fumeur social	Prise de conscience
Pourcentage discours total	29,2% 738 UCE	27,6% 699 UCE	15,0% 379 UCE	28,2% 712 UCE
Variables associées	Hommes (Chi²=11,5) Sans activité (Chi²=7,4) Bénéficiaire aide sociale (Chi²=2,4)	Femmes (Chi²=13,3) En activité professionnelle (Chi²=11,3)	Non bénéficiaire aide sociale (Chi²=4,1)	
Sous-thèmes	Quand Matin, moment, soir, groupe, heure, midi, travail, nuit, pause, téléphone Produits Cigarette, café, alcool, pétard, clope, bière Conséquences Aller, permettre, donner, occuper, énerver, plaisir	Comment arrêter Patch, nicotine, gomme, cigarette électronique, traitement, médecin Dépendance Dépendance, consommation, gestuel, cerveau, dose Interrogations, prise de conscience Question, rapport, conscience, poser, poids, conscient, énervement	Le fumeur Fumeur, con, pestiféré, coupable, responsable, délinquant Les juges Société, gens, mari, non-fumeurs, vivre, fille Conséquences Sentir, gêner, échec, invincible, jugement, tolérer, parquer, culpabiliser	Prix monétaire Payer, euro, calculer, prêt, voiture, voyage Prix sanitaire Poumon, cancer, maladie, santé, décéder Tenter l'arrêt Essayer, refumé, espérer, craquer, vie, arrêter Soutien social Père, mère, famille, enfant, femme

Tableau L : Extrait des formes caractéristiques des classes extraites par analyse Alceste

Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
aller	patch	fumeur	compte
permettre	nicotine	sentir	paquet
cigarette	question	intérieur	rendre
café	dépendance	gens	arrêter
matin	consommation	interdire	acheter
donner	rapport	gêner	payer
occuper	conscience	odeur	année
moment	arrêt	con	beau
boire	gomme	voisin	deuxième
verre	éventuellement	société	jour
soir	fonctionner	responsable	fin
travail	état	vivre	mois
alcool	poser	pestiféré	essayer
petit	poids	mari	vie
groupe	cigarette_électronique	non_fumeurs	père
pétard	gestuel	tentation	repandre
coup	traitement	laisser	euro
envie	associer	jugement	poumon
énervé	parler	mètre	âge
clope	conscient	maison	cancer
plaisir	sujet	jeune	mère
heure	dose	gros	super
midi	aider	froid	semaine
nuît	diminuer	échec	putain
pause	médecin	invincible	commencer

2.3.Synthèse

La double analyse de ces entretiens permet d'aborder de manière complémentaire la représentation de la cigarette, de l'arrêt ainsi que des enjeux intermédiaires. La cigarette s'inscrit comme un objet social jugé négativement. Elle marque néanmoins un rythme dans le quotidien en étant associé à un contexte de consommation possiblement ritualisé. Ce développement de rituels ou la répétition revêtent un caractère ambivalent. Ils deviennent soit des outils de contrôle de la consommation, soit au contraire, participent à sa pérennisation par un mode de conditionnement qui traduit une perte de contrôle. Malgré cet environnement sociétal lui attribuant une image négative, voire un stigmate visuel et olfactif, l'arrêt repose

sur une nécessaire prise de conscience qui se traduit concrètement de deux manières. La conversion de la consommation en argent, temps ou projets marque une culpabilité. Il en résulte un stress pouvant conduire paradoxalement dans des situations socialement défavorables, à une augmentation de la consommation. Le second moyen consiste en un ressenti physique des conséquences de la consommation. Il peut s'agir de maladies diagnostiquées ou de symptômes physiques dont le lien direct est établi. La perception réelle des risques repose sur ces expériences car ils sont concrets. Les risques éventuels, éloignés dans le temps planent de manière trop imprécise. Si les symptômes ne sont pas vécus, il peut en résulter un sentiment d'invincibilité face aux risques. Le comportement d'arrêt se construit sur ces dimensions dont l'importance perçue est variable, d'autant qu'il s'oppose aux bénéfices procurés par la cigarette.

Il existe régulièrement dans les discours un regret anticipé de la consommation où le plaisir représente un facteur majeur. La notion de dépendance entre en compte. Elle est vécue négativement et apparaît comme une impuissance et une perte de contrôle. Cette perception, associée à des échecs passés lors de tentatives antérieures, conduit à un jugement négatif sur soi-même. Ce vécu entraîne généralement la prise de rendez-vous dans un centre spécialisé dans la prise en charge du sevrage tabagique. Beaucoup d'interrogations se posent concernant l'arrêt. Les traitements sont perçus négativement. Lorsqu'ils ont été expérimentés, ils n'ont généralement pas suffi. La dimension de contrôle sous forme de « volonté » refait son apparition. La dimension neurobiologique de l'addiction est sous-évaluée au profit de l'autorégulation. Ainsi, les cigarettes deviennent inutiles pour gérer les émotions. Il suffit de vouloir arrêter pour réussir. Les échecs antérieurs peuvent généralement être interprétés par cette dimension de contrôle. La volonté a fait défaut dans une situation particulière. Certains ont surestimé leurs capacités. Ils ne souhaitaient qu'une consommation occasionnelle mais n'ont pas pu la maintenir. Le lien avec les aspects biologiques est fait plus ou moins directement car plusieurs fumeurs parlent de réactivation de la dépendance.

Bien que dans les études, les tentatives antérieures s'inscrivent comme des prédicteurs des tentatives futures, elles sont souvent remémorées négativement et ne conduisent pas à un apprentissage ou la définition d'un projet d'arrêt. En cela, beaucoup d'incertitudes demeurent quant à l'arrêt. Pour certains, les bénéfices ou les effets sont immédiats. Pour d'autres, le syndrome de manque dure plusieurs mois, est nécessaire avant l'apparition d'effets positifs mais qui ne sont pas traduits concrètement. Beaucoup de fumeurs sont dans la recherche d'un

moyen magique d'arrêt où celui-ci ne poserait aucune difficulté. Autrement, ils recherchent un cadre rigide basé sur des objectifs concrets et régulièrement contrôlés. Les ressources d'autorégulation peuvent ainsi être mobilisées différemment et inscrites dans un projet. Pour d'autres, ayant souvent expérimenté l'arrêt d'autres substances psychoactives, la souffrance fait partie du processus et l'enfermement peut représenter une solution.

Qu'il s'agisse de la consommation de tabac ou la construction de l'arrêt, elles s'inscrivent dans une trajectoire personnelle et sociale permettant le parallèle avec les notions théoriques abordées précédemment.

3. Synthèse générale des résultats

L'utilisation d'une méthode mixte repose sur la complémentarité des résultats obtenus ainsi que de leur analyse. La phase qualitative a été réalisée complémentirement à celle quantitative afin d'en permettre une illustration. L'objectif de cette synthèse générale est donc de souligner mettre en exergue la complémentarité de ces deux méthodes et de compléter nos résultats quantitatifs au regard des entretiens réalisés.

La modélisation qui a été effectuée a permis de mettre en évidence certains mécanismes susceptibles de participer à la différenciation sociale du tabagisme et de l'arrêt. Nous avons ainsi constaté l'effet des insertions sociales sur l'édification comportementale ainsi que l'effet médiateur de la perspective temporelle. Suite à cela, les différents liens ont été approfondis montrant que les différentes orientations temporelles se positionnent comme des médiateurs de la motivation à l'arrêt, des attitudes et niveaux de dépendance. Elles conduisent également en des représentations différenciées de l'arrêt. Ainsi, qu'il s'agisse de nos résultats quantitatifs ou qualitatifs, le tabagisme et son arrêt s'inscrivent dans une perspective historique personnelle marquée par l'environnement social.

Les résultats quantitatifs ont mis en évidence des différences significatives entre le statut socio-économique ou la précarité sur les variables associées au tabagisme et à l'arrêt, qu'il s'agisse, entre autres, des normes sociales, attitudes, représentations ou tentatives d'arrêt. Ce lien semble se construire dans l'interprétation subjective des conditions de vie des fumeurs. Les résultats observés convergent avec le discours des fumeurs interrogés. L'interprétation de l'usage qui est fait du tabac conduit à lui attribuer des effets palliant un environnement social dégradé. Ainsi, le tabac donne un rythme à la journée, aide à gérer l'urgence du quotidien

mais favorise également les contacts sociaux en fournissant l'appartenance à un groupe. En ce sens, si le fumeur est généralement considéré comme un junkie, un autre fumeur comprendra le sentiment de manque. Cette expérience aura été partagée et comprise. L'Autre (fumeur) devient un soutien. L'importance du regret anticipé a été mise en évidence pour limiter l'initiation tabagique des adolescents (Conner et al., 2006). Dans les populations de bas statut socio-économique ce regret anticipé vis-à-vis de l'arrêt pourrait représenter un frein à l'adoption du comportement (Moan & Rise, 2005). Des liens ont été également mis en évidence dans nos résultats quantitatifs entre la perspective temporelle et les variables associées au tabagisme notamment les attitudes et représentations. Ceux-ci sont retrouvés dans les discours des fumeurs interrogés. Spontanément, ces comportements sont inscrits dans une temporalité. Lorsque l'initiation tabagique est remémorée, une valence est associée au souvenir, caractérisant une part de nostalgie ou au contraire de forts regrets et un contexte défavorable. Les expériences de consommation sont marquées temporellement elles-aussi, notamment lorsque le tabac a représenté un soutien lors de certaines périodes difficiles émotionnellement. Enfin, les tentatives d'arrêt le sont aussi car elles mettent en perspective celles à venir, les échecs et difficultés étant interprétés mais pas utilisés comme des guides des conduites permettant la réussite. De plus, l'abandon du tabac n'est pas sans conséquence puisqu'il entraîne une mise à l'écart d'un groupe d'appartenance. Il procure un temps important qu'il est nécessaire de réinvestir mais en l'absence de projet de vie concret. L'arrêt ne se construit donc que dans la perte d'un comportement dont les effets positifs sont significatifs. En cela, l'arrêt n'est pas réellement porteur de sens et n'est généralement envisagé que pour des motifs financiers ou sanitaires. Or, lorsqu'une perception fataliste du présent domine, l'analyse des distances temporelles associées à la perception des risques met en évidence un sentiment de vulnérabilité accru mais également des craintes supérieures vis-à-vis de l'arrêt. Dans les discours des fumeurs, nous retrouvons ces constats. L'arrêt semble subi, soit du fait de maladies diagnostiquées ou d'un sentiment de dégradation de l'état de santé dû au tabac. De la même manière dans les résultats qualitatifs et quantitatifs, le sentiment d'auto-efficacité semble prédominant et repose sur un ancrage temporel à travers les expériences antérieures concernant à la fois l'arrêt et la consommation de tabac. Celui-ci apparaît fortement lié à la perception de dépendance et aux difficultés éprouvées lors d'une tentative d'arrêt antérieure. Il semble pouvoir être amélioré par le suivi médical proposé pour arrêter, néanmoins les croyances envers les traitements médicamenteux sont plutôt négatives. A plusieurs reprises, les fumeurs ont souhaité que le suivi se traduise par un cadrage

important reposant sur des obligations validées par des mesures quantitatives (mesure du monoxyde de carbone par exemple) voire aller jusqu'à des demandes d'enfermement comme cela existe pour le sevrage alcoolique.

Ces constats rejoignent la dimension de contrôle, dimension majeure du modèle de l'autorégulation temporelle. Nos résultats quantitatifs ont mis en évidence un effet conjoint de celle-ci avec la perspective temporelle sur la sphère motivationnelle et les intentions comportementales. Les entretiens que nous avons menés ont montré toute l'importance de cette dimension de contrôle dans le cas du tabagisme et de l'arrêt, faisant ressortir toute sa complexité. Cette complexité a été mise en évidence à travers différents effets d'interactions dans les résultats quantitatifs. Là où nous envisagions la dimension de contrôle principalement comme une ressource facilitant l'arrêt, la consommation elle-même en représente une facette. Le tabagisme représente donc un outil stabilisant la situation sociale. Il participe pour certains profils, à tendre vers une homéostasie bio-psycho-sociale. Ces dimensions de contrôle et d'auto-efficacité sont généralement qualifiées de volonté dans nos entretiens, un concept fortement valorisé et prédominant sur tout autre forme d'aide à l'arrêt. Cette volonté apparaît comme une condition *sine qua non* de la réussite d'une tentative d'arrêt et son maintien dans le temps. Les différents effets d'interaction que nous avons pu observer laissent supposer des profils distincts. En cela, les entretiens nous apportent un éclairage intéressant. Pour un certain nombre de fumeurs, le contrôle se traduit par l'adaptation de la consommation soit en changeant de produit de fume (tabac roulé par exemple) ou par la réduction de consommation. Le contrôle perçu sur la consommation étant réalisé, la dimension de plaisir réapparaît et prend le dessus sur la perception de dépendance. En cela, ces stratégies de contrôle représentent en fin de compte des stratégies de déni des risques. Elles marquent ainsi la dichotomie entre les risques expérimentés et les risques éventuels. En réduisant la consommation, un mieux-être subjectif est perçu, notamment par la satisfaction du contrôle et du plaisir retrouvé. Certains symptômes peuvent diminuer, donnant ainsi le contrôle sur les risques ultérieurs qui leur sont associés. Cette stratégie contribue par la même occasion à mettre à distance les risques éventuels caractérisés par des maladies plus insidieuses ou silencieuses dont la perception était déjà sous-tendue, d'une part, par la capacité de se projeter dans un futur éloigné mais aussi par le sentiment de connexion entre les comportements présents et leurs conséquences futures.

4. Limites

Bien que cette recherche apporte des éclairages intéressants sur les inégalités sociales de santé appliquées au tabagisme, un certain nombre de limites doivent être soulignées.

En premier lieu, nous avons utilisé le **score Epices** (Bihan et al., 2005) afin d'évaluer les niveaux de précarité. Comme nous en avons posé l'hypothèse, nous avons retrouvé des liens significatifs avec les différents indicateurs de statut socio-économique objectifs et subjectifs. Nous avons également montré que ce score est associé à la perspective temporelle, au tabagisme et son arrêt. De manière intéressante, nous avons pu mettre en évidence le rôle médiateur de l'instabilité dans le lien entre les niveaux de précarité et la perspective temporelle. Celui-ci, bien qu'illustrant un mécanisme de différenciation sociale par l'interprétation subjective des conditions de vie nous positionne devant une des limites de ce score. En effet, celui-ci ne mesure le niveau de précarité qu'à l'instant de la mesure. Nous avons vu l'importance de la notion de trajectoire, à la fois dans le développement des inégalités sociales de santé et dans le rapport au tabagisme. La non-prise en compte du parcours de vie, en termes d'insertions sociales et du rapport subjectif que les individus en avaient, représente une réelle limite. Ce constat est étayé par les travaux de Bouchayer et Verger (1994) pour qui la précarité repose sur un ensemble de situations multifactorielles et dynamiques qui s'établissent en lien avec les trajectoires des individus et des groupes. Même si le score Epices est une évaluation multifactorielle de la précarité, nous constatons ses limites dans le rapport subjectif aux situations, notamment en termes d'instabilité ou d'urgence. Ce questionnaire est généralement employé dans les consultations d'aide au sevrage tabagique. C'est donc en toute conscience de ces limites que cet indicateur doit être utilisé. S'il fournit une évaluation de la précarité à un instant donné, il demeure important de prendre en compte la trajectoire de vie des individus qui participe à l'attribution de sens à la consommation de tabac ou son arrêt.

La mesure de **perspective temporelle** que nous avons utilisée représente également une limite que nous pouvons souligner. Si les résultats de nos analyses factorielles, même pour une version courte du questionnaire, retrouvent une organisation en cinq facteurs, celle-ci ne nous paraît pas totalement satisfaisante, notamment pour l'unidimensionnalité du futur. Pour cela, nous avons décidé de tester l'utilisation d'une sixième dimension. Celle-ci avait pour ambition de mesurer une dimension centrée sur des anticipations négatives concernant le

futur. Au regard des résultats, cette hypothèse n'a pas été validée mais ceux-ci ont néanmoins permis de mettre en évidence l'importance de la perception de l'urgence. Il ne s'agit donc pas en soi d'une orientation temporelle mais possiblement un facteur limitant l'extension temporelle, participant à sa réduction ou à la capacité de solliciter efficacement les dimensions temporelles selon les situations. Elle pourrait ainsi contribuer à biaiser le sens attribué aux expériences.

Même si notre hypothèse d'une anticipation négative n'a pas été validée, il n'en reste pas moins que la littérature internationale semble se diriger dans ce sens (Carelli et al., 2015). Ceci nous laisse envisager deux solutions : soit notre opérationnalisation n'était pas satisfaisante, soit le fort ancrage socio-culturel de la perspective temporelle rend cette dimension non pertinente. En effet, des variations dans l'utilisation ou la saillance de certaines catégories temporelles sont observées selon les individus, groupes sociaux, pays et cultures (Sircova et al., 2014). De nombreux facteurs sont susceptibles d'intervenir tels que l'éducation, le niveau social, la religion, l'économie, la stabilité politique ainsi que les structures familiales, sociales et culturelles. En ce sens, l'opérationnalisation réalisée précédemment peut s'avérer non transposable dans notre culture ou pays.

De plus, cette mesure de la perspective temporelle est indépendante de l'objet étudié. Nous avons constaté à travers notre recherche que le tabagisme s'inscrit dans une trajectoire et une histoire personnelle. Se pose ainsi la question de savoir dans quelle mesure la perspective temporelle centrée sur l'objet serait prédictive des comportements d'arrêt ou associée à une perspective temporelle plus générale. A travers nos études quantitatives ou qualitatives, l'arrêt du tabagisme ne semble pas être un comportement anodin. Il s'inscrit généralement dans une dynamique, soit dans un mode d'évitement de conséquences négatives (préventif), soit par un désir de mieux-être (promotionnel) (Higgins, 2001). La consommation et le rapport au produit sont fortement associés à l'histoire personnelle. Mais le tabagisme est aussi un comportement agissant au niveau cérébral. La dépendance influence directement le rapport au temps, conduisant certains auteurs à qualifier l'addiction de pathologie des horizons temporels (Bickel et al., 2006).

Une troisième limite repose sur la **méthodologie** que nous avons utilisée et les caractéristiques des populations étudiées. En effet, au vu de l'inconsistance du lien entre les intentions et comportements, une étude transversale nous semblait insuffisante. Nous avons donc souhaité étudier les comportements d'arrêt effectifs, ce qui nécessitait une méthodologie

longitudinale multicentrique. Dans ce type d'étude, l'une des principales difficultés est celle de l'attrition aux différentes vagues. Notre étude n'y a pas fait exception et de plus, dans le domaine du suivi tabacologique, les abandons sont nombreux. Il a donc été particulièrement compliqué de réaliser le suivi des patients afin d'évaluer les tentatives d'arrêt. En effet, les abandons lors du suivi ne sont pas systématiquement dus à une décision de poursuivre le tabagisme ou une rechute. Ils peuvent aussi concerner des fumeurs ayant arrêté et considérant ne pas avoir besoin du suivi. Ces difficultés de suivi longitudinal dans le domaine de la tabacologie sont connues et documentées (Le Faou & Baha, 2012). De plus, dans le cadre de notre recherche longitudinale, les patients ont été recrutés dans plusieurs centres répartis sur l'ensemble du territoire français. En cela, lorsque nous évaluons la réalisation d'une tentative d'arrêt, il est difficile de contrôler le type de prise en charge qui a été réellement menée. Les professionnels impliqués dans le suivi sont tous titulaires du diplôme interuniversitaire de tabacologie. A ce titre, ils bénéficient des mêmes bases et outils d'accompagnement : utilisation d'outils issus des thérapies cognitives et comportementales, traitements médicamenteux, évaluation de la dépendance, de la motivation, algorithme de prise en charge. Le recrutement de la population de fumeurs tout-venant sur Internet a conduit à un problème de forte homogénéité. Les catégories socio-professionnelles élevées étaient surreprésentées et peu de fumeurs en situation de précarité sociale ont été recrutés par ce biais.

Une autre limite concerne le **contexte** dans lequel l'étude a été réalisée. Celle-ci s'est déroulée dans une période où la commercialisation de la cigarette électronique a explosé. De nombreuses informations sur sa consommation étaient relayées dans les médias. Elle était présentée notamment comme un outil de réduction des risques ou un outil « magique » pour arrêter de fumer. Pour nous adapter à ce contexte, nous avons intégré certains items à nos questionnaires et interrogé les fumeurs sur ce sujet. Il demeure difficile d'évaluer l'impact de ces communications sur les comportements d'arrêt, sur la représentation des traitements d'aide à l'arrêt ou sur la perception des risques. Par nos recherches nous constatons toute l'ambiguïté de ce dispositif, perçu parfois comme un outil d'aide à l'arrêt ou comme un produit du tabac du fait de la présence de nicotine, le tout entre croyances et méfiance. De la même manière, le contexte législatif et sociétal continue d'évoluer par rapport au tabagisme et à l'arrêt, notamment avec les propositions successives de prévention (mise en place d'un paquet neutre) et grèves des buralistes, témoignages de fumeurs privés de leur liberté, etc. Nous nous retrouvons donc face à un objet dynamique pour lequel la communication

médiatique s'est intensifiée ces dernières années après une brève période de calme. Ce contexte est finalement représentatif de l'évolution du tabagisme qui le positionne comme un objet à l'interaction de l'individu, du social et du sociétal.

Malgré ces limites que nous gardons à l'esprit, les résultats que nous avons obtenus dans cette recherche peuvent être discutés à différents niveaux complémentaires et conduire à des pistes en vue de l'optimisation des prises en charge du sevrage tabagique.

Discussion

L'objet de cette discussion est de positionner le travail réalisé et les résultats obtenus dans une perspective générale, à la fois dans le cadre d'une approche psychosociale mais aussi en termes de santé publique. Plusieurs niveaux d'interprétation vont être abordés pour apporter un éclairage sur le tabagisme, l'arrêt et la façon dont ces deux aspects sont liés à une forme de pérennisation des inégalités sociales de santé. Nous discutons donc ces différentes imbrications au vu des différentes théories fondatrices de ce travail et en référence à la méthodologie utilisée. Suite à cela, des pistes d'action seront formulées pour tenter de mieux comprendre l'édification des comportements de santé et leur ancrage social. Des applications pratiques pour les cliniciens seront également proposées en vue d'optimiser la prise en charge des patients consultant pour sevrage tabagique. Dans la même logique, des pistes de réflexion seront abordées concernant les actions de prévention.

1. L'intérêt des méthodes mixtes

Nous avons constaté la complexité d'étudier le comportement d'arrêt du tabagisme en nous positionnant dans une approche explicative des inégalités sociales de santé. L'analyse de la littérature concernant le tabagisme et l'arrêt illustre la complexité des enjeux sous-jacents. Ces comportements s'inscrivent dans une perspective historico-bio-psycho-sociale et nous avons pu constater les limites des modèles utilisés dans l'accompagnement des tentatives d'arrêt. D'autres, plus récents, tentent de prendre en compte cette complexité. L'objectif est double dans notre cas. Il s'agit à la fois de mieux comprendre comment se construit le comportement d'arrêt, mais également de proposer des pistes permettant l'optimisation du suivi tabacologique. L'application sur le terrain de ces modèles se fait donc dans les limites de la faisabilité. En cela, une démarche se basant sur une méthode mixte semble tout à fait adaptée. Les résultats obtenus, les mécanismes observés issus des analyses quantitatives peuvent ainsi être complétés par du matériel qualitatif. Ce dernier permet ainsi de vérifier l'exactitude, la stabilité des observations et d'en améliorer la compréhension.

L'objectif de notre recherche était d'appréhender la construction du comportement d'arrêt du tabagisme dans une approche explicative des inégalités sociales. Pour se faire, il nous a

semblé impératif de nous positionner dans une approche longitudinale pour identifier concrètement les tentatives d'arrêt des fumeurs. Cette approche permet de pallier l'inconsistance généralement observée dans le passage de l'intention au comportement (Webb & Sheeran, 2006). Une approche transversale aurait limité notre visée explicative. A travers ce recueil longitudinal, nous avons pu modéliser la construction de ce comportement en nous appuyant sur le modèle de l'autorégulation temporelle. Les effets intermédiaires et leur rôle dans cette construction ont également été approfondis.

Nos choix méthodologiques nous ont également conduit à nous intéresser à deux populations distinctes de fumeurs. Ainsi, il s'agit du même objet d'étude mais abordé par deux procédés différents à des stades différents de la vie du fumeur. Pour cela, une partie de notre étude longitudinale a porté sur une population de fumeurs souhaitant bénéficier d'un suivi tabacologique pour les accompagner vers l'arrêt. Le recrutement a été réalisé au sein de centres et consultations d'aide à l'arrêt répartis sur l'ensemble du territoire français. Le recueil de données a été réalisé via des questionnaires papier qui ont été transmis en amont de la première consultation. Les questionnaires de suivi ont été administrés lors des consultations de suivi à 6 et 12 mois. Il s'agit donc là d'une population plutôt spécifique car en première intention, l'expérimentation de l'arrêt est souvent réalisée seul ou accompagné du seul médecin traitant. Les fumeurs consultant dans les centres ont généralement essayé d'arrêter par le passé mais se sont retrouvés dans une situation d'échec. Il peut également s'agir de fumeurs dont une pathologie a été diagnostiquée et pour lesquels l'arrêt devient une obligation. L'intérêt de réaliser la même étude sur une population de fumeurs tout-venant était donc de comparer si les processus identifiés étaient similaires à ceux des fumeurs en centres de tabacologie. Pour les interroger, il nous a fallu développer une autre méthodologie et une version informatique du questionnaire a été mise en place.

Le tabagisme ou l'arrêt, nous l'avons vu, sont marqués d'une forte complexité que des données quantitatives ne suffisent pas à appréhender. La mise en sens de ceux-ci reposent sur l'expérience de la consommation, ses aspects positifs et négatifs, le ressenti de la dépendance ou cette notion de volonté chère aux fumeurs. Aborder cette complexité nécessitait donc tout naturellement mais de manière incontournable d'interroger des fumeurs. Il fallait en effet comprendre comment se crée le lien avec le tabac dans une perspective d'histoire personnelle mais également de perception des contextes micro et macro sociaux. Au-delà du lien créé, nous souhaitions comprendre le sens donné à un acte aussi simple que d'allumer une cigarette

et en inhaler la fumée, et ce de manière répétée plusieurs fois par jour pendant souvent de nombreuses années. Pour cela, des entretiens semi-directifs ont été réalisés permettant l'accès à cette subjectivité, à la part d'émotionnalité associée à la consommation, à la perception des risques et aux stratégies mises en place afin de les dominer. Plus que de simples entretiens, cette perception et auto-description du parcours tabagique en a fait des récits de vie tabagique, ce qui illustre à quel point le fait que le tabac, même en l'absence de consommation, est un objet particulier omniprésent. De façon récurrente encore aujourd'hui, il se situe au cœur de polémiques, de débats législatifs teintés de l'influence de lobbies cigarettiers ou pharmaceutiques.

Ces entretiens nous ont éclairé en partie sur ce que représente la cigarette au quotidien, ses fonctions, ses risques, voire son humanisation tant elle semble posséder une volonté propre volée au fumeur. Nous avons pu percevoir son statut stigmatisant mais qui contribue à l'« aller vers », à une insertion sociale. Nous avons pu aborder l'aspect sensoriel, notamment olfactif, qui demeurait inaccessible aux questionnaires. Nous avons saisi des risques supplémentaires associés à l'arrêt et à la pression de la réussite. Là où la santé peut être en danger, la rechute peut se répercuter sur l'estime de soi. Elle semble aussi perçue comme un facteur aggravant la situation, comme si, à chaque échec, la dépendance se renforçait inexorablement. Le manque de confiance envers les traitements et professionnels de santé est également saillant car les discours sont souvent dissensuels chez ces derniers, ce qui se répercute par une perte de crédibilité.

A travers la complémentarité des résultats obtenus, notamment des imbrications individuelles, sociales et sociétales, il se dégage ainsi tout l'intérêt que nous avons eu à utiliser une méthode mixte dans notre recherche.

2. Perspective temporelle et autorégulation dans l'arrêt du tabagisme

2.1. Perspective temporelle et arrêt du tabagisme

Tout comme dans la littérature, les résultats de cette thèse mettent en avant le rôle de la perspective temporelle dans l'étude des comportements de santé (Keough, Zimbardo & Boyd, 1999). En effet, une littérature abondante montre l'importance de cette approche temporelle à la fois dans l'étude des comportements de santé mais permet également d'illustrer sa régulation sociale (Guthrie et al., 2009; Préau et al., 2007 ; D'Alessio et al., 2003; Fieulaine et al., 2006 ; Adams, 2009 ; Whitaker et al., 2011 ; Crockett et al., 2008).

Ces constats ont mené certains auteurs à postuler que la perspective temporelle pouvait s'inscrire comme un médiateur du lien entre le statut socio-économique et les comportements de santé (Singh-Manoux & Marmot, 2005). Dans notre recherche, ce fait a été confirmé pour l'arrêt du tabac et les variables associées au tabagisme. Ainsi, les situations de précarité ont un impact sur le rapport au temps. La présence de plusieurs effets médiateurs montre que celui-ci serait dû à la perception de l'instabilité de l'environnement.

Nos résultats mettent en évidence que la perspective temporelle est directement liée aux niveaux de dépendance, aux attitudes, à la motivation, l'auto-efficacité, au regret anticipé de l'arrêt ou de la poursuite, à l'intention d'arrêt et aux tentatives effectives. Au vu des mesures successives, il ressort que la perspective temporelle s'inscrit comme un construit stable marqué socialement allant dans le sens des constats de LeShan (1952). Les orientations dans les dimensions « Passé Positif » et « Futur » semblent correspondre à un meilleur pronostic, alors que les dimensions « Passé Négatif » ou « Présent Fataliste » sont péjoratives. A travers l'ensemble de nos résultats, la dimension « Présent Hédoniste » apparaît plutôt ambiguë. Dans la littérature, elle est généralement associée aux prises de risques ou à la consommation de substances psychoactives. Il semblerait que pour une part de la population, l'hédonisme repose sur la consommation et les effets procurés. Pour d'autres, l'arrêt en lui-même représente un défi et une prise de risque. Il peut caractériser une prise de décision d'un

changement de vie dont l'arrêt du tabagisme fait partie. La dimension du plaisir est particulièrement importante chez l'ensemble des fumeurs interrogés mais celui-ci est généralement perdu et la consommation est vécue comme une perte de contrôle. Cet hédonisme serait finalement un retour à la consommation d'antan, là où semblait exister ce sentiment de contrôle. Pour beaucoup de fumeurs, en approfondissant leur discours, l'objectif des consultations n'est pas réellement l'arrêt en tant que tel mais plutôt de retrouver une capacité à contrôler la consommation. Les tentatives antérieures illustrent ces difficultés et le fumeur se trouve face à un problème insoluble : arrêter de fumer et renoncer définitivement à ce plaisir car la moindre cigarette ultérieure entraîne la rechute, ou continuer en espérant retrouver le contrôle via différentes stratégies qui s'avèrent, au final, inefficaces.

Parmi les réserves vis-à-vis de l'inventaire ZTPI qui évalue la perspective temporelle, l'absence d'une dimension négative du futur est généralement formulée. La dimension future actuellement mesurée ne prendrait en compte que des aspects d'organisation et de planification (Carelli et al., 2011, 2015), sans réelle connotation émotionnelle. Nous avons souhaité ajouter à notre questionnaire cette sixième dimension. A travers les analyses menées permettant de ne conserver que les items les plus pertinents, il apparaît que cette dimension n'évalue pas une anticipation négative de l'avenir. Ces items correspondent plutôt à un sentiment de pression temporelle qui s'avère particulièrement marqué lorsque les niveaux de précarité augmentent. Ce constat rejoint les dimensions caractéristiques de la précarité à savoir l'instabilité mais également l'urgence (Fieulaine, 2006, 2007). Ce sentiment d'urgence aurait un effet délétère sur l'auto-efficacité et conduirait à un tabagisme centré sur le coping permettant temporairement sa réduction.

Se pose la question du statut de cette sixième dimension si elle en est. Plusieurs études proposent d'étudier la perspective temporelle et les comportements sous la forme de profils (Boniwell & Zimbardo, 2004 ; Stolarski et al., 2015). En cela, ce n'est pas l'orientation prédominante qui prime mais la façon dont chaque dimension est disponible et contribue à donner du sens et mettre en lien les différentes expériences. Là où l'instabilité joue un rôle de médiateur entre l'environnement et la perspective temporelle, en conditionnant les orientations, l'urgence pourrait conduire à limiter la capacité à mettre en perspective les différents registres temporels. Cela pourrait ainsi expliquer le rôle de cette variable sur la représentation de l'arrêt et ses effets d'interaction avec les autres sous-dimensions sur les variables motivationnelles et les intentions.

D'un autre côté, le rapport au temps conditionne le tabagisme et à l'arrêt. Beaucoup d'études se sont centrées uniquement sur la dimension future de la perspective temporelle dans l'étude des comportements de santé ou l'arrêt du tabac (e.g. Adams, 2009 ; Hall et al., 2015 ; Sansone et al., 2013). Dans notre vision des choses, l'ensemble des dimensions temporelles nous semblait importante car l'expérience tabagique, interprétée à partir de la situation présente repose là encore sur cette notion de trajectoire. A partir de là, le passé, et les attentes futures sont interprétés et mis en sens. Dans ce cas, quand l'initiation tabagique était porteuse de plaisir et permettait de faciliter l'insertion sociale, sa réinterprétation devient marquée de regrets et des stratégies alternatives sont identifiées a posteriori. Les difficultés passées ou actuelles vis-à-vis de la dépendance ou la perception des risques mettent en perspective l'arrêt. Le futur s'envisage sans cigarette et entraîne une projection de soi dans le futur. L'auto-efficacité est transposée des expériences antérieures. Des anticipations sont alors créées. En ce sens, les dimensions temporelles qui concernent majoritairement les populations en situation de précarité sont généralement associées aux facteurs les plus défavorables à la réussite de l'arrêt. En effet, nos résultats mettent en évidence plusieurs effets médiateurs montrant que les liens entre les niveaux de précarité et certaines variables de la sphère motivationnelle sont expliqués par les orientations temporelles. Au-delà de ces constats, les orientations temporelles semblent conduire à une représentation différente de l'arrêt du tabac qui se répercute sur le sentiment d'auto-efficacité.

Complémentairement, les effets d'interaction entre les sous-dimensions de la perspective temporelle sur les intentions d'arrêt illustrent l'importance de prendre en compte cette notion de trajectoire qui est interprétée au présent. Se pose finalement la question des échelles temporelles spécifiques associées directement au comportement étudié. En effet, l'échelle ZTPI mesure des orientations générales (Zimbardo & Boyd, 1999). Les objets marqués temporellement pourraient néanmoins ne pas correspondre à ces tendances générales et disposer de profils temporels spécifiques (Hall et al., 2012). A ce jour, les échelles spécifiques reposent généralement sur la connexion entre le comportement présent et ses conséquences à court ou long terme (e.g. Hall & Fong, 2003 ; Sansone et al., 2013). Elles s'appuient plutôt sur une démarche motivationnelle. Nous avons vu l'importance de la notion de trajectoire dans le tabagisme et donc l'enjeu essentiel de prendre en compte l'ensemble des dimensions temporelles. En cela, dans la continuité des travaux menés par Hall et ses collaborateurs (Hall et al., 2015) sur la dimension future, le développement d'une échelle de perspective

temporelle spécifique au tabagisme permettant la définition de profils temporels pourrait représenter une piste intéressante susceptible de faciliter la prise en charge des patients.

2.2. Le rôle complémentaire de l'autorégulation

Le modèle de l'autorégulation temporelle (Hall & Fong, 2007, 2013) attribue une grande place aux variables associées aux capacités de contrôle en s'intéressant notamment à leur base neuroanatomique. Wills et ses collaborateurs (Wills et al., 2001) ont questionné la nature même de la perspective temporelle et proposaient d'approfondir ses liens avec les variables de l'auto-contrôle. Dans la continuité de ces travaux, certaines recherches ont mis en évidence un effet modérateur des dimensions de contrôle conditionnant les effets de la perspective temporelle (Barber et al., 2009). Dans le domaine de la santé, notamment la consommation de substances psychoactives, l'effet protecteur de l'orientation vers le futur semble modéré par le désir de contrôle (Fieulaine & Martinez, 2010, 2011). Même si nos résultats n'ont pas mis en évidence une organisation factorielle du désir de contrôle similaire à ces études, l'utilisation d'un seul facteur semble pertinente (Burger & Cooper, 1979). Celui-ci est directement associé à l'orientation future de la perspective temporelle, à l'auto-efficacité et l'intention d'arrêt. Comme dans les études citées précédemment, nous retrouvons la présence d'un effet modérateur du désir de contrôle, à la fois sur les attitudes, l'auto-efficacité et l'intention d'arrêt. De même que la perspective temporelle, la notion de contrôle et le désir de contrôle sont des facteurs particulièrement importants dans le tabagisme et l'arrêt. Le questionnaire que nous avons utilisé évalue un facteur distal qui n'est pas directement associé à l'objet mais une disposition générale. Le tabagisme repose sur une dépendance dont une des caractéristiques majeures est la perte de contrôle de la consommation. En cela, le désir de contrôle dans un contexte d'arrêt du tabac prend une connotation particulière. De la même manière que nous avons perçu une ambiguïté pour la dimension « Présent Hédoniste » de la perspective temporelle, le désir de contrôle peut être investi différemment soit par le contrôle de la consommation, soit par le contrôle en termes de non-consommation. En cela, un rapprochement de cette dimension sur l'objet de consommation pourrait s'avérer intéressante, d'autant qu'il permettrait la prise en compte de certaines dimensions du contrôle biaisées par une dépendance physique et psychologique (Kirby et al., 1999 ; Yi et al., 2008).

Dans le cadre de nos données longitudinales, nous n'avons pas mis en évidence de modérateur du passage de l'intention au comportement or, si les intentions étaient élevées,

nos entretiens ont révélé l'importance de cette perception de contrôle associée à la consommation mais également dans la mise en œuvre du comportement d'arrêt. Ce constat rejoint le modèle de l'autorégulation temporelle et la meta-analyse de Webb et Sheeran (2006) sur la complexité du passage de l'intention au comportement.

Au niveau de la perception temporelle des risques, des effets positifs/négatifs de la consommation et de l'arrêt, la perspective temporelle occupe un rôle important, notamment les dimensions centrées sur le présent. Nous avons également observé un effet modérateur du désir de contrôle. Certains profils se caractérisent par une mise à distance des risques de maladie encourus par la consommation de tabac. Dans ce sens, une orientation future conduit à percevoir les risques de maladie comme proches uniquement lorsque le désir de contrôle est élevé. A l'inverse lorsque le désir de contrôle est faible, ces risques sont repoussés dans le temps.

Si nous avons abordé la construction du comportement d'arrêt à un niveau individuel en l'inscrivant dans le modèle de l'autorégulation temporelle, celui-ci repose sur un fort ancrage social et sociétal qui conditionne cette édification.

3. Les Inégalités Sociales de Santé appliquées au tabagisme

Aussi loin que le tabac a été introduit en Europe, son utilisation et ses modes de consommation ont été marqués socialement. Les dernières publications montrent que la différenciation sociale du tabagisme persiste mais semble également se renforcer (Guignard et al., 2015 ; Merson et al., 2014). Cette répartition sociale n'est pas aléatoire mais organisée selon un gradient (Guichard & Potvin, 2010). Ce constat souligne la vulnérabilité des populations de faible niveau socio-économique mais interroge sur les modes de pérennisation de ces inégalités sociales de santé. C'est dans cette optique que les modèles explicatifs des inégalités sociales de santé s'attachent à en identifier les causes. Ceux-ci ont identifié des mécanismes complémentaires inscrivant l'état de santé dans une perspective globale (Lang et al., 2009). Dans cette vision, l'état de santé repose sur une construction tout au long de la vie (*life course epidemiology* ; Kuh & Shlomo, 2004 ; Pickles, Maugham & Wadsworth, 2007). Il

est ainsi dépendant de périodes critiques, d'une accumulation de risques et des trajectoires de vie. Ces mécanismes se centrent en grande partie sur la notion de risque.

Dans cette optique, il s'agit de considérer un ensemble de niveaux successifs tout au long de la vie qui vont se répercuter sur l'état de santé : l'environnement global, les milieux de vie et l'individu. Appliqué au tabagisme, l'environnement global repose sur un cadre politique, culturel, économique ou législatif. Il contribue, dans un contexte général, à conditionner l'accès au tabac ou aux services de soins. Il offre une première représentation, que l'on peut qualifier de sociétale, du produit. Les milieux de vie concernent l'environnement proximal de l'individu qui participe de manière plus dynamique aux usages. Enfin, l'individu lui-même possède ses caractéristiques propres qui lui procureront par exemple une sensibilité accrue ou non pour le produit.

Un regard psychosocial permet d'entrevoir les imbrications de ces mécanismes. En effet, c'est au niveau de l'individu que s'intériorisent les couches supérieures. Dans celles-ci, le risque est impersonnel alors que le comportement est réalisé par un individu donné à un moment donné dans une histoire personnelle et sociétale. En remettant l'individu au centre du comportement, nous rejoignons les travaux portant sur les situations de précarité et la notion de trajectoire (Chauvin et al., 2005 ; Bouchayer & Verger, 1994 ; Fieulaine, 2006). La précarité devient donc plus qu'une insertion sociale mais concerne le sens qui y est attribué par l'individu lui-même. Si les approches explicatives des inégalités sociales de santé en termes de risque nous semblent pertinentes, elles laissent néanmoins de côté les parts de subjectivité et d'interprétation qui sont associées à ces risques volontaires ou non.

La problématique du tabagisme illustre bien cette notion de trajectoire et son ancrage social. Nous avons constaté de manière descriptive que les niveaux de tabagisme sont supérieurs dans les populations présentant un faible statut socio-économique (Beck et al., 2010 ; Guignard et al., 2015). Ce constat est réalisé dans un environnement macrosocial qui participe au développement des inégalités. Qu'il s'agisse des campagnes de prévention mises en place ou des stratégies d'augmentation du prix du tabac, les effets sont marqués socialement au détriment des populations défavorisées. De manière complémentaire, le développement d'un individu dans une classe sociale contribue à créer une représentation du tabac différenciée. Comme proposé par les modèles des inégalités sociales de santé, cette différence apparaît dès le plus jeune âge et se transmet intergénérationnellement (Trannoy, 2009). En effet, dans notre recherche nous avons pu constater que le premier contact avec la cigarette, soit par

observation, expérimentation ou par un discours préventif se fait au sein de la famille. L'initiation tabagique est réalisée généralement dans le groupe de pairs à l'adolescence. Dans nos travaux où la littérature (Paul et al., 2010), une différence réside dans les normes sociales. Le tabagisme est évalué plus positivement dans les populations présentant un faible niveau socio-économique. Dans cette notion de trajectoire, le développement de la dépendance tabagique s'installe avec les bénéfices perçus de la consommation. L'environnement dégradé dans ces mêmes populations conduit à positionner la cigarette comme une automédication permettant de faire face et compensant des troubles anxiodépressifs fréquents. Cette consommation partagée par les pairs devient une marque d'appartenance illustrant le partage de ces conditions de vie. Elle facilite ainsi l'identification au groupe et la socialisation (Molimard, 2008).

Nous sommes ainsi face à la mise en sens de l'expérience tabagique à travers une interaction bio-psycho-sociale. En observant la différenciation sociale du tabagisme, complémentirement à cette notion de trajectoire, il convient de s'interroger sur les mécanismes psychosociaux impliqués dans l'attribution de signification du comportement tabagique mais aussi de l'arrêt car les tentatives sont moindres dans ces populations. Nous avons vu que de nombreux facteurs interviennent dans la différenciation sociale du tabagisme et l'adoption du comportement d'arrêt (Businelle et al., 2010 ; Hiscock et al., 2011, 2012 ; Merson et al., 2014). Dans nos recherches, nous avons ainsi constaté cette différenciation à la fois sur les niveaux de dépendance, les variables de la sphère motivationnelle, les intentions et tentatives d'arrêt dans le sens où les indicateurs sont défavorables dans les populations de faible niveau socio-économique. Nous notons également un regret anticipé de l'arrêt plus marqué dans ces populations illustrant l'aspect stabilisateur du tabagisme qui reste perçu comme un besoin et un plaisir.

Dans le domaine de la santé, l'adoption ou l'arrêt d'un comportement repose généralement sur la mise en balance des coûts et bénéfices à court terme et à long terme (Hall & Fong, 2007). Ils dépendent directement de l'expérience subjective de la consommation et de ses effets, qu'ils soient positifs ou négatifs. De même, leur mise en perspective sous-tend l'intégration de données fournies par l'environnement qui inscrivent socialement ce comportement. Dans ce sens, les effets du tabagisme ne se limitent pas uniquement à un outil de coping pour faire face à un environnement prégnant ou une automédication. Il porte également des fonctions émotionnelles, identitaires et socialisantes. La notion de plaisir est

récurrente et particulièrement importante dans la consommation et l'anticipation de l'arrêt, principalement dans les populations de bas statut socio-économique. En cela, le tabagisme s'inscrit comme un plaisir compensatoire où même le rituel de consommation y est associé, moment hors du temps, centré sur l'ici et le maintenant. C'est lorsque l'automatisation du comportement apparaît au détriment du plaisir qu'émerge le sentiment de dépendance et la frustration.

Les risques associés à la consommation, quant à eux, semblent se dessiner à deux niveaux complémentaires. Ils existent notamment dans la perception d'une dégradation du corps dont les premiers signes peuvent être une toux, ou une dyspnée. Ils peuvent également être concrétisés par des informations médicales faisant un lien entre la consommation et certaines pathologies. Même si les mécanismes d'actions demeurent inconnus, ils importent peu car l'image négative du tabac contribue à accepter ces informations. Néanmoins, en parallèle, elles contribuent à l'émergence d'un sentiment de culpabilité voire d'un stigmat (Goffman, 1975). Dans ce cas, les risques sont expérimentés et parlants pour le fumeur. En conséquence, il met en place des stratégies soit en essayant d'arrêter le tabac, en réduisant ou modifiant sa consommation (par exemple le passage à la cigarette électronique). Quoi qu'il en soit, cette expérimentation n'est pas sans conséquence chez le fumeur. Les tentatives ou l'intention d'arrêter qui s'ensuivent sont associées à cette culpabilité et à une impuissance empreinte de fatalisme face à la dépendance.

D'un autre côté, des risques plus abstraits semblent exister pour les fumeurs. N'étant pas directement ressentis physiquement, ils sont généralement perçus comme distants et des stratégies de contrôle sont mises en place et suffisent pour les retarder au maximum. Cette mise à distance pourrait résulter d'un faible sentiment d'auto-efficacité concernant l'arrêt (Janis & Feshbach, 1953 ; Liberman & Chaiken, 1992 ; Gallopel Morvan et al., 2011). Dans ce cas, la menace est perçue comme élevée car il s'agit de maladies que l'imaginaire social ou l'expérience indirecte via des tiers associe à une mauvaise mort, résultante d'une lente et douloureuse agonie (Augé, 1984 ; Moulin, 2005). La vulnérabilité perçue face à ces menaces est là encore relativisée par les stratégies de contrôle qui conduisent à un optimisme comparatif (Taylor & Brown, 1988 ; Milhabet, Desrichard & Verlhac, 2002). Lorsqu'ils ne sont pas expérimentés, l'évitement de ces risques éventuels représente donc rarement une motivation à l'arrêt.

Au même titre que nous abordons l'arrêt en termes d'évitement des risques, la projection dans l'arrêt en crée également. En effet, le renoncement au tabagisme provoque la perte des effets positifs perçus. Il oblige ainsi à envisager une projection dans un inconnu qui est à construire sans un des éléments stabilisateurs du quotidien. Nous avons vu précédemment que la cigarette rythme la journée, permet la gestion des émotions et affects négatifs. Elle améliore la concentration, façonne l'appartenance à un groupe. Il est donc nécessaire de mettre en place des stratégies compensatrices. Amorcer une démarche d'arrêt implique un coût, tout d'abord dans le renoncement des effets positifs associés à la consommation, mais aussi dans la démarche concrète de mise en œuvre (planification, organisation...).

Dans ces perceptions des risques ou dans les bénéfices/risques associés, les insertions sociales sont au cœur de la problématique du tabagisme et de l'arrêt. Qu'il s'agisse de la littérature ou de nos recherches, le temps apparaît comme un élément central de l'édification des comportements d'arrêt. L'importance que nous notons de l'environnement social et de l'ancrage temporel du comportement tabagique valide l'utilisation du modèle de l'autorégulation temporelle qui a guidé notre approche et conduit à une modélisation de l'arrêt. Celui-ci permet d'appréhender l'étude du comportement à travers des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux, tout en proposant de l'inscrire temporellement. Nous avons d'ailleurs investigué dans nos recherches comment les insertions sociales sont susceptibles de se répercuter au niveau psychologique et ainsi contribuer à la différenciation sociale du tabagisme. Il apparaît que l'environnement, notamment du fait de son instabilité se répercute directement sur l'individu et son rapport au temps.

4. Mise en perspective de l'arrêt

4.1. Vers une évolution des théories sous-jacentes à la prise en charge tabacologique

Nous avons vu que l'arrêt du tabagisme est un comportement complexe qui s'inscrit dans une trajectoire complexe. Chez un même individu, après un temps d'union heureuse avec une compagne festive ou qui aide à surmonter les moments difficiles, naît la perception de dépendance qui conduit à une représentation ambivalente. La consommation perdure et au fil du temps un équilibre dynamique persiste entre les effets positifs/négatifs à court terme et

long terme. En cela, nous rejoignons la conception de la *life course epidemiology* concernant les inégalités sociales de santé. Cet équilibre dynamique est donc à remettre en contexte et existe pour un individu présentant des caractéristiques propres, appartenant à un groupe social, dans une société donnée à un moment donné. Notre recherche vise à faire le lien entre cette approche et la mise en œuvre du regard psychosocial (Moscovici, 2005). Ainsi, l'environnement tel qu'il est conceptualisé en santé publique et en épidémiologie est composé de paramètres mesurables qui vont composer des facteurs de risque. La psychologie sociale fournit un accès à la subjectivité qui y est associée et va contribuer à aborder le sens intrinsèque. L'environnement, par différents mécanismes se répercute sur l'individu et ses comportements. Ainsi, si nous avons mis en évidence une différenciation sociale du tabagisme et de l'arrêt de manière descriptive, nous avons également abordé certains mécanismes psychosociaux participant à créer ou renforcer ces écarts. Nous avons pu montrer l'importance de l'expérience qui est associée à la consommation. Envisager l'arrêt ne peut reposer uniquement sur la perception des risques. Il fait appel à l'importance de l'expérience vécue, passée, présente et future par anticipation. Celle-ci, comme le soulignait Jodelet (2006), « renvoie toujours à une situation locale concrète ; elle est une forme d'appréhension du monde par les significations qu'elle y investit ; elle comporte des éléments émotionnels qui engagent les subjectivités particulières ; elle est mise en forme dans son expression et sa conscientisation par des codes et des catégories de nature sociale ; elle est le plus souvent analysée à partir de la rencontre intersubjective impliquant un fond de savoirs et significations commun ; elle réclame l'authentification par les autres ; elle a des fonctions pratiques dans la vie quotidienne, renvoyant au mode d'existence des sujets dans leur réalité concrète et vivante ». En cela, nous voyons l'importance de cette expérience et de sa contextualisation. Au-delà de l'environnement immédiat, la perspective temporelle participe à la contextualisation (Keough et al., 1999 ; Fieulaine, 2006) du tabagisme en inscrivant ce comportement et les expériences qui y sont liées dans le temps.

De manière complémentaire à la perspective temporelle, voire conjointe, nous avons constaté l'importance des dimensions de l'autorégulation comme le postulait le modèle de l'autorégulation temporelle. Nous avons constaté que la dimension de contrôle était particulièrement saillante et pouvait mener à des représentations différentes de l'arrêt ou la mise en place de stratégies de consommation alternatives.

La prise en charge du sevrage tabagique repose sur deux parties complémentaires prenant en compte un travail sur la motivation (avant, pendant et après l'arrêt) et la dépendance physique à la nicotine. Dans la première partie qui nous intéresse plus directement, ce travail est généralement réalisé à l'aide d'outils inspirés des thérapies cognitives et comportementales (entretien motivationnel, cercles vicieux, balance décisionnelle...) après identification du stade de maturation du changement identifié par le modèle transthéorique (DiClemente & Prochaska, 1991) tel que recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2014). Au vu de la littérature, ce modèle ne permet qu'un classement des fumeurs dans un stade de changement et son utilisation ne repose pas directement sur les théories de la motivation (West, 2005). Les interventions qui sont proposées lors de l'accompagnement ne sont, de ce fait, pas inscrites dans un modèle pertinent. De plus, celui-ci n'intègre pas l'environnement et ses répercussions dans l'édification comportementale. En cela, l'utilisation d'autres modèles tels que l'autorégulation temporelle (Hall & Fong, 2007, 2013) permettrait le développement de nouveaux outils pratiques qui prendraient en compte les dimensions principales que nous avons identifiées.

Au même titre que la définition de la dépendance a évolué avec le passage au DSM V, l'évolution des représentations associées au tabagisme ou à l'arrêt pourrait également conduire à une obsolescence des questionnaires actuellement utilisés. Dans ce sens, les analyses factorielles ou indices de cohérence internes des outils tabacologiques dans notre recherche diffèrent de ceux de la littérature, lorsqu'une validation française était identifiable. Se pose alors la question de la pertinence des outils utilisés régulièrement dans le suivi du sevrage tabagique.

4.2. L'implémentation d'intentions

Dans l'arrêt du tabagisme, qu'il s'agisse de la littérature ou de nos recherches, nous avons pu noter toute l'importance des dimensions de l'autorégulation. Afin de proposer des pistes d'action pour la prise en charge des fumeurs souhaitant arrêter leur tabagisme, les travaux de Gollwitzer (1999) sur les implémentations d'intentions peuvent s'avérer intéressants. Il s'agit de définir des plans Si-Alors faisant le lien entre les situations et une réponse utile dans le but d'atteindre un but défini (par exemple : Si je me trouve dans la situation Y, alors je dois réaliser le comportement Z afin d'atteindre le but X). Lorsque le but est distant temporellement, notamment pour des individus présentant de faibles horizons temporels

futurs, cette mise en œuvre permet une mobilisation plus efficace des ressources d'autorégulation car l'objectif est l'automatisation de la réponse. L'objectif est donc d'augmenter la traduction d'une intention en comportements effectifs. Généralement, deux problèmes associés à l'autorégulation apparaissent dans le cas des comportements de santé (Gollwitzer & Sheeran, 2006) : l'initiation du comportement et son maintien dans le temps pour atteindre l'objectif. L'initiation du comportement peut ainsi être compromise par trois facteurs : se souvenir de l'intention, attendre le moment opportun pour agir ou être parasité par des pensées lors du passage à l'action. De même, le maintien du comportement peut être compromis par des stimuli tentants en lien avec un biais attentionnel face à l'objet de consommation (Ehrman et al., 2002), par la répétition de l'inhibition du comportement qui est devenu une habitude voire un automatisme au fil des ans. L'intérêt des implémentations d'intentions est de définir un comportement qui doit être réalisé dans un contexte donné. Il s'agit là d'une réponse adaptée et identifiée entre le praticien et le fumeur qui est définie par anticipation et connectée à l'objectif global.

4.3. Vers un cadrage de la communication

Les travaux portant sur le cadrage des messages notamment temporels et leur impact sur les individus offrent des perspectives intéressantes à la fois en termes de santé publique et de prise en charge des patients. Orbell et ses collègues (Orbell & Hagger, 2006 ; Orbell & Kyriakaki, 2006 ; Orbell et al., 2004) se sont intéressés à l'impact d'un message persuasif marqué temporellement selon les différences individuelles en termes de perspective temporelle. Ils ont ainsi mis en évidence un fort effet du cadrage du message, son efficacité étant majorée lorsque les deux orientations sont en adéquation (Orbell & Hagger, 2006). Ainsi, un message orienté vers le futur, comme peuvent l'être généralement ceux des campagnes de prévention, n'a que peu d'impact lorsque les individus sont plutôt centrés sur le présent (Martinez & Fieulaine, 2015). Dans ce sens, si ces individus sont insensibles aux campagnes de prévention dans le domaine de la santé, le risque ne réside pas uniquement dans l'inefficacité. Ces personnes sont les plus à risque de présenter des comportements défavorables à leur santé et correspondent généralement aux situations de précarité sociale comme nous l'avons constaté dans notre recherche. Ainsi, l'inadaptation des messages paraît contribuer au maintien, voire à l'augmentation des inégalités sociales de santé.

Dans le tabagisme, nous avons constaté l'importance des motivations associées à l'arrêt (Aubin et al., 2010), qu'elles s'inscrivent en termes d'évitement des risques ou d'amélioration du quotidien. Ces raisons renvoient à la théorie de l'orientation motivationnelle (*regulatory focus* ; Higgins, 1997). Selon cette théorie, les comportements orientés vers un but sont régulés par deux stratégies motivationnelles distinctes. La première, l'orientation promotionnelle, repose sur la recherche de gains et l'atteinte d'un idéal. La seconde, une orientation préventive, se centre sur l'évitement des pertes et la satisfaction des obligations. L'adéquation entre les orientations situationnelles et les orientations personnelles (*regulatory fit* : Higgins, 2000, 2005) conduit à un engagement accru pour atteindre l'objectif fixé initialement. Ce sentiment d'adéquation est également ressenti. En cela, nous pouvons postuler que la perception négative du soutien lors des consultations de sevrage tabagique pour les fumeurs en situation de précarité pourrait être provoquée par ces inadaptations de la communication verbale ou institutionnelle aux individus. Pour ce dernier point par exemple, le délai d'attente entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous effectif marque le premier cadrage temporel. Au-delà du contenu de ces rendez-vous, il en est de même pour leur fréquence et durée.

Une partie de notre recherche concernait la perception de distance temporelle face aux risques du tabagisme et de l'arrêt, et face aux comportements d'arrêt. Bien que le questionnaire que nous avons construit évaluant les niveaux de représentation ne soit pas satisfaisant, du fait de l'ambiguïté des items, la théorie sous-jacente (Trope & Liberman, 2003) fournit malgré tout des pistes intéressantes. La distance temporelle associée à un objet conduit à des représentations, interprétations différentes conditionnant l'adoption des comportements qui y sont associés. Ainsi, la présentation de la distance conduit, selon les dispositions de l'individu, à influencer le processus de prise de décision (Liberman & Trope, 1998, 2003 ; Mogilner et al., 2008 ; Dshemuchadse et al., 2013).

Dans la littérature actuelle, il existe donc plusieurs possibilités d'amélioration de la prise en charge des patients fumeurs, qu'il s'agisse d'ancrer la prise en charge dans un modèle motivationnel adapté prenant en compte l'environnement, ou en adaptant la communication aux fumeurs.

5. Perspectives futures

Ce travail ouvre la voie à de nombreuses perspectives pour le futur. Nous avons mis en œuvre dans nos recherches une démarche explicative des inégalités sociales de santé, à travers notamment, l'importance de considérer l'impact des insertions sociales sur le rapport au temps, celui-ci s'inscrivant comme un déterminant des comportements d'arrêt du tabagisme. Nous avons constaté que l'arrêt du tabagisme est un comportement complexe et que la consommation provoque des effets au niveau cérébral. La dépendance a donc un impact direct sur la perception des ressources d'autorégulation. Un des objectifs de futures recherches serait tout d'abord de mettre en évidence cette même modélisation pour des comportements de santé de manière plus générale n'impliquant pas les bases neuroanatomiques du contrôle.

Dans notre recherche, nous avons tenté de mettre en œuvre un questionnaire basé sur la théorie des niveaux de représentation. L'objectif était de déterminer si la distance perçue au comportement pouvait moduler l'activation de certains niveaux. Nous avons mis en évidence un lien entre ces variables, néanmoins, l'opérationnalisation de la mesure des niveaux de représentation ne nous paraît pas satisfaisante. Nous avons montré des liens notamment avec les niveaux d'auto-efficacité qui représentent un déterminant important des intentions comportementales. En cela, l'approfondissement de ces liens nous semble particulièrement intéressant, d'autant que des informations supplémentaires sur ce sujet permettraient d'adapter les communications réalisées lors des consultations médicales par exemple.

Dans la continuité de cette notion de cadrage que nous avons abordée précédemment, il serait intéressant de développer une étude longitudinale randomisée où serait proposée soit une prise en charge classique, soit une prise en charge cadrée temporellement avec le profil du fumeur. Il ne s'agirait donc plus de tester le niveau d'impact d'un message mais d'évaluer son rôle dans l'édification comportementale.

Dans la continuité de notre hypothèse portant sur l'existence d'une sixième dimension de la perspective temporelle, il nous semble important de prendre en compte une dimension future qui ne soit pas uniquement centrée sur des aspects de planification et d'organisation. Une opérationnalisation d'une sous-dimension qui soit porteuse d'éléments cognitifs et émotionnels associés au futur nous semble ainsi nécessaire. De la même manière, nous avons constaté que les items de la dimension « Futur Négatif » que nous envisagions correspondent plutôt à une perception de l'urgence, ce qui renvoie à un vécu des situations de précarité. Il

serait ainsi intéressant d'évaluer si cette perception d'urgence ne pourrait pas s'inscrire comme une variable intermédiaire participant à la flexibilité temporelle, à savoir de disposer d'un accès limité ou non aux expériences antérieures ou anticipations selon les situations.

Une autre piste de recherche pourrait s'inscrire dans la continuité des travaux de Lens (Lens, 1986 ; Lens et al., 2012) et de Fong et Hall (2003). Nous avons constaté que le tabagisme et l'arrêt s'inscrivent dans une perspective historique personnelle. Les travaux de ces auteurs positionnent la dimension future de la perspective temporelle comme une variable motivationnelle permettant la mise en lien du comportement présent avec les conséquences à terme. Nous avons vu malgré tout que quelle que soit la dimension concernée pour le tabagisme : passé, présent et futur, il existait également des composantes émotionnelles et cognitives. Se pose alors la question de savoir si une perspective temporelle directement associée à l'objet cigarette ne pourrait s'avérer pertinente. En effet, même si elle dépendait de la perspective temporelle de l'individu, il s'agit là d'un objet à part dans l'espace de vie du sujet. L'objectif serait donc de mettre en perspective ce rapport à l'objet dans un temps qui lui est propre. Des items prenant en compte les composantes de la perspective temporelle mais directement associés à l'objet de consommation pourraient nous éclairer de manière plus précise sur les mécanismes impliqués dans l'édification du comportement d'arrêt. De manière comparable, nous avons évalué le désir de contrôle via une échelle générale positionnant ce paramètre comme une disposition individuelle. Là encore, nous l'avons constaté par nos résultats, le tabagisme et les addictions en général placent l'individu de manière particulière face aux dimensions du contrôle et de l'autorégulation. Ainsi, une échelle dédiée à ces dimensions, orientée sur la consommation et l'arrêt permettrait d'évaluer de manière plus précise les facteurs susceptibles d'intervenir dans l'épuisement des ressources d'autorégulation. Au niveau de la pratique clinique, elle pourrait guider la mise en place d'implémentation d'intentions.

Enfin, de manière plus globale, la poursuite du développement de ponts entre la santé publique, l'épidémiologie et la psychologie sociale nous paraît nécessaire. Elle permet ainsi de positionner une approche complémentaire apportant un regard psychosocial à la santé publique, et un regard sociétal et épidémiologique à la psychologie sociale.

6. En guise de conclusion

Le tabagisme ou l'arrêt de sa consommation sont des objets éminemment complexes. A travers notre recherche mais également à partir de notre connaissance de la pratique clinique du sevrage tabagique, nous avons souhaité étudier ces objets à travers un regard psychosocial afin de mieux comprendre la différenciation sociale observée dans la littérature (Merson et al., 2014). Dans cette perspective, une vision globale de ces objets était nécessaire car ces comportements se caractérisent par un fort ancrage social et participent en fin de compte à la pérennisation des inégalités sociales de santé. Plusieurs approches complémentaires sont donc susceptibles d'apporter un éclairage. Cette vision nécessairement multidisciplinaire rejoint les travaux de de Bie (1968) sur la recherche orientée. Il ne s'agit donc pas tant d'étudier un problème social mais prendre en compte le champ de ce problème. Pour cela, nous avons d'abord retracé la construction historique de la consommation de tabac et en parallèle celle de la prévention. Ces approches en termes de Santé Publique et d'Histoire ont conduit à créer un background participant à donner une interprétation contemporaine de la consommation et de l'arrêt. L'enjeu réside dans le fait de saisir, à un moment donné, l'Histoire en marche. En effet, les modes de consommation évoluent, au même titre que les campagnes de prévention et promotion de la santé. Par l'évolution des modes de consommation, nous sous-entendons par exemple l'utilisation de la cigarette électronique (Etter & Bullen, 2012), phénomène de société menant à ce que l'on peut qualifier de tabagisme 2.0.

L'objectif de la complémentarité des approches évoquées précédemment est donc de proposer cette vision globale du tabagisme. Par l'approche historique, nous avons constaté que depuis son introduction en Europe, le tabac et ses modes de consommation ont été successivement valorisés ou perçus négativement. Cette évolution au fil des siècles a conduit à une représentation ambiguë du tabac et de la cigarette. Cette consommation, nous l'avons observé à travers nos résultats et revues de littérature, reste à ce jour fortement empreinte d'un ancrage social. A travers l'histoire de la santé publique et de la prévention, nous avons étudié comment cette discipline s'était emparée de cette problématique où, à l'origine, les risques n'étaient pas clairement établis. En passant de l'observation médicale (e.g. numéro thématique de la revue *The Lancet* en 1857) aux statistiques et à l'épidémiologie, les risques du tabagisme se sont affinés (Doll & Hill, 1950 ; Hill, 2012) et continuent encore à ce jour d'être précisés (Carter et al., 2015). Le problème majeur de la santé publique et de la

prévention est donc de communiquer efficacement sur ces risques afin qu'ils soient intégrés par les individus. Nous avons constaté, par la mise en place des campagnes de prévention que ce risque en termes de santé publique devenait un objet reposant sur la responsabilité individuelle. Cette évolution n'est pas sans conséquence car elle conduit à percevoir la santé comme une ressource individuelle, l'individu devant être vigilant à ses comportements, anticiper leurs conséquences pour maîtriser son destin.

La prévention se compose d'une dimension idéologique où son objectif est de modifier les comportements et modes de vie (Peretti-Watel & Moatti, 2009) tout en étant marqué d'un objectivisme médical souvent dénué de signification. Il ne s'agit donc plus dans cette perspective d'aborder le tabac en tant que cause de maladie, mais de prendre en compte le fumeur comme un utilisateur d'un produit que l'on sait nocif. C'est là que réside tout l'intérêt d'une approche psychosociale qui fournit un cadre de compréhension et d'interprétation, d'une part, à l'intégration du risque, mais aussi, de manière plus globale, à la construction du comportement d'arrêt. De cette manière, et comme nous l'a montré l'approche historique, la dimension sociale de la consommation devient porteuse d'un sens qu'il est nécessaire d'appréhender pour favoriser l'intégration du risque, et construire le comportement d'arrêt.

Pour étudier cette complexité, ce passage d'une dimension de santé publique à un comportement effectif nécessitait l'identification et l'utilisation de modèles performants servant d'interface entre ces dimensions. Dans ce sens, il devient alors possible d'étudier les comportements selon les insertions sociales, mais surtout d'aborder les mécanismes intermédiaires conduisant aux différenciations sociales.

Ce travail avait pour ambition d'étudier la différenciation sociale du tabagisme et de l'arrêt selon une approche explicative. Pour cela, nous nous sommes positionnés à l'interface de la santé publique et de la psychologie sociale. A travers une revue de littérature, nous avons pu mettre en évidence que cette différenciation s'organisait selon un gradient social. De manière descriptive, les populations en situation de précarité apparaissent plus touchées par le tabagisme et arrêtent moins leur consommation. A travers le rôle des insertions sociales sur la perspective temporelle, nous avons vu que cette dernière s'inscrit comme un déterminant des intentions d'arrêt. Elle apparaît sensible à la perception subjective de l'environnement, notamment la dimension d'instabilité, renvoyant ainsi à la définition même de la précarité. Elle participe également à donner du sens à l'environnement (Fieulaine, 2006). Dans le cas du tabagisme et de l'arrêt, nous avons constaté son impact sur la sphère motivationnelle. A

travers la mise en perspective du comportement tabagique, elle intervient dans la mise en sens de l'expérience de consommation et module, en lien avec les dimensions de contrôle, la représentation de la cigarette. Conformément à ce que suggéraient certains auteurs (Singh-Manoux & Marmot, 2005), elle semble s'inscrire comme un médiateur entre les insertions sociales et les comportements de santé, le tabagisme a minima. Ces auteurs, tout comme un grand nombre de recherches se sont focalisés sur la dimension future. Il apparaît néanmoins que l'ensemble des dimensions de la perspective temporelle doivent être prises en compte dans l'édification comportementale car elles participent à donner du sens à la consommation, à l'arrêt.

D'un point de vue pratique, cette thèse permet d'envisager un certain nombre de perspectives pour l'avenir, qu'il s'agisse d'approfondissement des effets observés, mais aussi de prise en charge des patients fumeurs souhaitant arrêter. Ce travail répondait également à des difficultés d'accompagnement du sevrage tabagique auprès des patients en situation de précarité. A travers cette contribution, nous proposons donc des pistes d'amélioration et d'expérimentation *in vivo* à réaliser dans la continuité du travail effectué. Complémentairement, notre positionnement entre santé publique et psychologie sociale nous a permis de porter un regard psychosocial sur la pérennisation des inégalités sociales de santé. En cela, nous proposons également des pistes à développer afin d'optimiser les campagnes de prévention ou promotion pour la santé, qui, nous l'avons vu, sont susceptibles de participer à l'accroissement de ces inégalités.

Nous espérons donc, par cette thèse, renforcer le partenariat et mettre en avant l'intérêt des approches interdisciplinaires, l'objectif étant d'inscrire les comportements de santé dans une vision globalisante.

Bibliographie

- Adams, J. (2009). The role of time perspective in smoking cessation amongst older English adults. *Health Psychology, 28*(5), 529-534.
- Adams, J. & Nettle, D. (2009). Time perspective, personality and smoking, body mass, and physical activity: An empirical study. *British Journal of Health Psychology, 14*(1), 83-105.
- AFSSAPS. (2003). Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. *Alcoologie et Addictologie, 25*, 3S-44S.
- Agrawal, N. & Wan, E. W. (2009). Regulating risk or risking regulation? Construal levels and depletion effects in the processing of health messages. *Journal of Consumer Research, 36*, 448-462.
- Aïach, P., Kaufman, A. & Waissman, R. (1989). *Vivre une maladie grave*. Paris : Méridiens Klincksieck.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action Control*. Berlin: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179-211.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior* (Vol. 278). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Alain, M. (1989). *Traduction française de l'échelle de désir de contrôle*. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Alloy, L. B. & Abramson, L. Y. (2010). The Role of the Behavioral Approach System (BAS) in Bipolar Spectrum Disorders. *Current Directions in Psychological Science, 19*(3), 189-194. <http://doi.org/10.1177/0963721410370292>
- Altadis. (1965). Plan décennal 1960-1970. *Les études et la recherche*.
- Alvos, L., Gergson, R. A. M. & Ross, M. W. (1993). Future time perspective in current and previous injecting drug users. *Drug and Alcohol Dependence, 31*(2), 193-197.
- Anagnostopoulos, F. & Griva, F. (2011). Exploring Time Perspective in Greek Young Adults: Validation of the Zimbardo Time Perspective Inventory and Relationships with Mental Health Indicators. *Social Indicators Research, 106*(1), 1-19.
- Antoni, M. H., Lutgendorf, S. K., Cole, S. W., Dhabhar, F. S., Sephton, S. E., McDonald, P. G., Stefanek, M. & Sood, A. K. (2006). The influence of bio-behavioural factors on tumour biology: pathways and mechanisms. *Nature Reviews Cancer, 6*, 240-248.
- Apostolidis, T. & Fieulaine, N. (2004). Validation française de l'échelle de temporalité. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 54*, 207-217. doi:10.1016/j.erap.2004.03.001

- Apostolidis, T., Fieulaine, N. & Soulé, F. (2006). Future time perspective as predictor of cannabis use: Exploring the role of substance perception among French adolescents. *Addictive Behaviors*, 31, 2339-2343. doi:10.1016/j.addbeh.2006.03.008
- Arbuckle, J. (2003). *AMOS 5.0*. Chicago: SPSS.
- Arbuckle, J. & Wothke, W. (1999). *AMOS 4 user's reference guide*. Chicago: Smallwaters Corp.
- Argo, J. J. & Main, K. J. (2004). Meta-Analyses of the Effectiveness of Warning Labels. *Journal of Public Policy & Marketing*, 23(2), 193-208.
- Arnold, K. M., McDermott, K. B. & Szpunar, K. K. (2011). Individual differences in time perspective predict autoegetic experience. *Consciousness and Cognition*, 20, 712-719. doi:10.1016/j.concog.2011.03.006
- Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé.
- Athawale, R. (2004). *Cultural, gender and socio-economic differences in time perspective among adolescents*. University of the Free State.
- Aubin, H. J., Peiffer, G., Stoeber-Delbarre, A., Vicaut, E., Jeanpetit, Y., Solesse, A., ... & Thomas, D. (2010). The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) cohort: French smokers perceptions and attitudes towards smoking cessation. *BMC Public Health*, 10(1), 100.
- Augé, M. (1984). Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement". In M. Augé & C. Herzlich (Eds.), *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Editions des Archives Contemporaines, coll. Ordres Sociaux.
- Augustson, E. M. & Marcus, S. E. (2004). Use of the current population survey to characterize subpopulations of continued smokers: A national perspective on the "hardcore" smoker phenomenon. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(4), 621-629.
- Augustson, E. M., Wanke, K. L., Rogers, S., Bergen, A. W., Chatterjee, N., Synder, K., ... & Caporaso, N. E. (2008). Predictors of sustained smoking cessation: a prospective analysis of chronic smokers from the alpha-tocopherol Beta-carotene cancer prevention study. *American Journal of Public Health*, 98(3), 549.
- Baha, M. & Le Faou, A. L. (2010). Smokers' reasons for quitting in an anti-smoking social context. *Public Health*, 124(4), 225-231.
- Baillargeon, N. (2000). Préface. In E. Bernays, *Propaganda. Comment manipuler l'opinion en démocratie*. Paris : La Découverte.
- Bambra, C. (2011). *Work, worklessness, and the political economy of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Bancroft, A., Wiltshire, S., Parry, O. & Amos, A. (2003). "It's like an addiction first thing... afterwards it's like a habit": daily smoking behaviour among people living in areas of deprivation. *Social Science & Medicine*, 56(6), 1261-1267.
- Banks, E., Joshy, G., Weber, M. F., Liu, B., Grenfell, R., Egger, S., ... & Beral, V. (2015). Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. *BMC Medicine*, 13, 38.

- Baranowski, T., Anderson, C. & Carmack, C. (1998). Mediating variable framework in physical activity interventions. How are we doing? How might we do better. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4), 266-297.
- Barber, L. K., Munz, D. C., Bagsby, P. G. & Grawitch, M. J. (2009). When does time perspective matter? Self-control as a moderator between time perspective and academic achievement. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 250–253.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Barrau, A. (1993). *Humaniser la mort : est-ce ainsi que les hommes meurent ?* Paris : L'Harmattan.
- Baudrillard, J. (1996). *La Société de consommation*. Paris : Denoël.
- Baumeister, R. F., Gailliot, M., DeWall, C. N. & Oaten, M. (2006). Self-Regulation and Personality: How Interventions Increase Regulatory Success, and How Depletion Moderates the Effects of Traits on Behavior. *Journal of Personality*, 74(6), 1773-1802. doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00428.x
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego, CA, US: Academic Press
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D. & Tice, D. M. (2007). The Strength Model of Self-Control. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 351-355. doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x
- Beck, F., Guignard, R., Richard, J. B., Wilquin, J. L. & Peretti-Watel, P. (2010). *Premiers résultats du baromètre santé 2010. Evolutions récentes du tabagisme en France*. Saint-Denis : INPES.
- Beiser, M. (1987). Changing time perspective and mental health among Southeast Asian refugees. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11(4), 437-464.
- Beiser, M. & Hyman, I. (1997). Refugees' time perspective and mental health. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 996-1002.
- Ben Lakhdar, C. (2005). Contrebande et ventes de tabac 1999-2004 - Comparaison des évolutions des ventes de cigarettes en France dans les zones frontalières et non frontalières. *Tendances*, 44.
- Benoit, J. M. & Scale, J. (2008). *Bleu, blanc, pub*. Paris : Le Cherche Midi.
- Benzion, U., Rapoport, A., Yagil, J. (1989). Discount rates inferred from decisions: An experimental study. *Management Science* 35(3), 270-284.
- Berkman, L. F. & Macintyre, S. (1997). The measurement of social class in health studies: old measures and new formulations. *IARC Scientific Publications*, 138, 51-64.
- Berlin, I., Singleton, E. G. & Heishman, S. J. (2010). Validity of the 12-item French version of the Tobacco Craving Questionnaire in treatment-seeking smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(5), 500-507.

- Bernays, E. (2007). *Propaganda. Comment manipuler l'opinion en démocratie*. Paris : La Découverte.
- Bickel, W. K., Kowal, B. P. & Gatchalian, K. M. (2006). Understanding Addiction as a Pathology of Temporal Horizon. *The Behavior Analyst Today*, 7(1), 32-47.
- Bickel, W. K. & Marsh, L. A. (2001). Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: Delay discounting processes. *Addiction*, 96, 73-86.
- Biener, L., Hamilton, W. L., Siegel, M. & Sullivan, E. M. (2010). Individual, social-normative, and policy predictors of smoking cessation: a multilevel longitudinal analysis. *American Journal of Public Health*, 100(3), 547.
- Bihan, H., Laurent, S., Sass, C., Nguyen, G., Huot, C., Moulin, J. J., Guegen, R., Le Toumelin, P., Le Clésiau, H., La Rosa, E., Reach, G. & Cohen, R. (2005). Association among individual deprivation, glycemic control, and diabetes complications: the Epices score. *Diabetes Care*, 28(11), 2680-2685.
- Bihr, A. & Pfefferkorn, R. (2008). *Le système des inégalités*. Paris : La Découverte.
- Billiard, I., Debordeaux, D. & Lurol, M. (2000). *Vivre la précarité, trajectoires et projets de vie*. Paris : Editions de l'Aube.
- Bitsko, M. J., Stern, M., Dillon, R., Russell, E. C. & Laver, J. (2008). Happiness and time perspective as potential mediators of quality of life and depression in adolescent cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 50(3), 613-619.
- Black, D., Morris, J. N., Smith, C., Townsend, P. (1982). *The Black report*. London: Pelican.
- Bollen, K. A. (1989). A new incremental fit index for general structural equation models. *Sociological Methods & Research*, 17, 303-316.
- Boniwell, I., Osin, E., Linley, P. A. & Ivanchenko, G. V. (2010). A question of balance: Time perspective and well-being in British and Russian samples. *The Journal of Positive Psychology*, 5(1), 24-40.
- Boniwell, I. & Zimbardo, P. (2004). Balancing time perspective in pursuit of optimal functioning. *Positive Psychology in Practice*, 165-178.
- Boroditsky, L. (2000). Metaphoric structuring: Understanding time through spatial metaphors. *Cognition*, 75(1), 1-28.
- Boroditsky, L. (2001). Does language shape thought? Mandarin and English speakers' conceptions of time. *Cognitive Psychology*, 43(1), 1-22.
- Boroditsky, L., Fuhrman, O. & McCormick, K. (2011). Do English and Mandarin speakers think about time differently? *Cognition*, 118(1), 123-129.
- Boroditsky, L. & Ramscar, M. (2002). The roles of body and mind in abstract thought. *Psychological Science*, 13(2), 185-189.
- Bouchayer, F. & Verger, D. (1994). *Trajectoires sociales et inégalités*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- Boudon, R. & Bourricaud, F. (1982). *Dictionnaire critique de la sociologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bouffard, L., Lapierre, S. & Bastin, E. (1989). Extension Temporelle des Projets Personnels au Cours de la Vieillesse. *International Journal of Psychology*, 24(1-5), 265-291.

- Bourdelaïs, P. (2000). L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne. In A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte.
- Bourdieu, P. (1966). L'école conservatrice. Les inégalités devant l'école et devant la culture. *Revue Française de Sociologie*, 7(3), 325-347.
- Bourdieu, P. (1977). Remarques provisoires sur la perception sociale du corps. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 14(1), 51-54.
- Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Paris : Seuil.
- Braitman, A. L. & Henson, J. M. (2015). The impact of time perspective latent profiles on college drinking: a multidimensional approach. *Substance Use & Misuse*, 50(5), 664-673.
- Braley, L. S. & Freed, N. H. (1971). Modes of temporal orientation and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36(1), 33-39. doi:10.1037/h0030495
- Brandt, M. (1990). The cigarette, risk, and American culture. *Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, 119(4), 155-174.
- Brauer, M. (2000). L'identification des processus médiateurs dans a recherche en psychologie. *L'Année Psychologique*, 100(4), 661-681.
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, E., Chideya, S., Marchi, K., Metzler, M. & Posner, S. (2005). Socioeconomic Status in Health Research: One Size Does Not Fit All. *The Journal of the American Medical Association*, 294(22), 2879-2888.
- Bresnahan, M. J., Silk, K. & Zhuang, J. (2013). You did this to yourself! Stigma and blame in lung cancer. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(S1), E132-E140.
- Bricard, D. & Jusot, F. (2012). Milieu d'origine, situation sociale et parcours tabagique en France. *Économie Publique*, 28-29(1-2).
- Burger, J. M. & Cooper, H. M. (1979). The desirability of control. *Motivation and Emotion*, 3(4), 381-393.
- Businelle, M. S., Kendzor, D. E., Reitzel, L. R., Costello, T. J., Cofta-Woerpel, L., Li, Y., ... & Wetter, D. W. (2010). Mechanisms linking socioeconomic status to smoking cessation: a structural equation modeling approach. *Health Psychology*, 29(3), 262.
- Byrne, B. M. (1994). Testing for the factorial validity, replication, and invariance of a measuring instrument: A paradigmatic application based on the Maslach Burnout Inventory. *Multivariate Behavioral Research*, 29(3), 289-311.
- Byrne, B. M. (2001). Structural equation modeling with AMOS, EQS, and LISREL: Comparative approaches to testing for the factorial validity of a measuring instrument. *International Journal of Testing*, 1(1), 55-86.
- Calabresi, R. & Cohen, J. (1968). Personality and time attitudes. *Journal of Abnormal Psychology*, 73(5), 431.
- Cambois, E., Laborde, C. & Robine, J. M. (2008). La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population et Sociétés*, 441, 1-4
- Cantrell, J., Vallone, D. M., Thrasher, J. F., Nagler, R. H., Feirman, S. P., Muenz, L. R., He, D. Y. & Viswanath, K. (2013). Impact of Tobacco-Related Health Warning Labels

- across Socioeconomic, Race and Ethnic Groups: Results from a Randomized Web-Based Experiment. *PLoS One*, 8(1), e52206.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L. & Perugini, M. (1993). The “big five questionnaire”: A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15(3), 281-288.
- Carbonari, J. P., DiClemente, C. C. & Sewell, K. B. (1999). Stage transitions and the transtheoretical "stages of change" model of smoking cessation. *Revue Suisse de Psychologie*, 58(2), 134-144.
- Carelli, M. G., Wiberg, B. & Aström, E. (2015). Broadening the TP Profile: Future Negative Time Perspective. In M. Stolarski, N. Fieulaine & W. van Beek. *Time Perspective Theory; Review, Research & Application*. New York: Springer.
- Carelli, M. G., Wiberg, B. & Wiberg, M. (2011). Development and Construct Validation of the Swedish Zimbardo Time Perspective Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 220-227. doi:10.1027/1015-5759/a000076
- Carter, B. D., Abnet, C. C., Feskanich, D., Freedman, N. D., Hartge, P., Lewis, C. E., Ockene, J. K., Prentice, R. L., Speizer, F. E., Thun, M. J. & Jacobs, E. J. (2015). Smoking and Mortality - Beyond Established Causes. *New England Journal of Medicine*, 372, 631-640.
- Carton, S., Jouvent, R. & Widlöcher, D. (1994). Sensation seeking, nicotine dependence, and smoking motivation in female and male smokers. *Addictive Behaviors*, 19(3), 219-227.
- Carver, C. S. & Scheier, M. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92(1), 111-135. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.92.1.111>
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: a control-process view. *Psychological Review*, 97(1), 19.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2001). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*. Paris : Fayard.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(2), 245-276.
- Cattell, R. B. & Vogelmann, S. (1977). A comprehensive trial of the scree and KG criteria for determining the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 12(3), 289-325.
- Cazals-Ferré, M. P. & Llorca, M. C. (2002). L’impact de la précarité sur la vulnérabilité et la santé des individus. *Pratiques Psychologiques*, (4), 51-63.
- CDSH. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Genève: World Health Organization.
- Chandola, T., Bartley, M., Wiggins, R. & Schofield, P. (2003). Social inequalities in health by individual and household measures of social position in a cohort of healthy people.

- Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(1), 56-62.
<http://doi.org/10.1136/jech.57.1.56>
- Chapman, S. (1993). Unravelling gossamer with boxing gloves: problems in explaining the decline in smoking. *British Medical Journal*, 307(6901), 429-432.
- Chapman, S., Wong, W. L. & Smith, W. (1993). Self-exempting beliefs about smoking and health: differences between smokers and ex-smokers. *American Journal of Public Health*, 83(2), 215-219.
- Chauvin, P. & Parizot, I. (2005). *Santé et expériences de soins: de l'individu à l'environnement social*. Paris : INSERM, Questions en santé publique.
- Chenu, A. (2000). Le repérage de la situation sociale. In A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte.
- Chiou, W. B., Wu, W. H. & Chang, M. H. (2013). Think abstractly, smoke less: a brief construal-level intervention can promote self-control, leading to reduced cigarette consumption among current smokers. *Addiction (Abingdon, England)*, 108(5), 985-992.
<http://doi.org/10.1111/add.12100>
- Cingolani, P. (2005). *La précarité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309.
- CNCT. (2011). *Interdiction de vente de produits du tabac aux mineurs : la loi est-elle respectée ?* Paris : Comité National de Lutte Contre le Tabagisme.
- Collins, L. M. (2006). Analysis of longitudinal data: The integration of theoretical model, temporal design, and statistical model. *Annual Review of Psychology*, 57, 505-528.
- Conner, M., Sandberg, T., McMillan, B & Higgins, A. (2006). Role of anticipated regret, intentions and intention stability in adolescent smoking initiation. *British Journal of Health Psychology*, 11(1), 85-101.
- Constance, J. & Peretti-Watel, P. (2010). La cigarette du pauvre. *Ethnologie Française*, 40(3), 535-542.
- Constance, J. & Peretti-Watel, P. (2011). Prévenir le tabagisme par l'image. *Ethnologie Française*, 41(1), 67-78.
- Copeland, A. L., Businelle, M. S., Stewart, D. W., Patterson, S. M., Rash, C. J. & Carney, C. E. (2010). Identifying barriers to entering smoking cessation treatment among socioeconomically disadvantaged smokers. *Journal of Smoking Cessation*, 5, 164-171.
<http://dx.doi.org/10.1375/jsc.5.2.164>.
- Corbeau, J. P. (1997). Pour une représentation sociologique du mangeur. *Economies et Sociétés*, 31(9), 147-162.
- Corral-Verdugo, V., Fraijo-Sing, B. & Pinheiro, J. Q. (2006). Sustainable behavior and time perspective: present, past, and future orientations and their relationship with water conservation behavior. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(2), 139-147.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). *NEO Personality Inventory Revised NEO-PI-R Test Manual*.

- Cottle, T. J., Howard, P. & Pleck, J. (1969). Adolescent perceptions of time: The effect of age, sex, and social class. *Journal of Personality*, 37(4), 636-650.
- Cottle, T. J. & Klineberg, S. L. (1974). *The present of things future: Explorations of time in human experience*. New York : Free Press.
- Cottle, T. J. & Pleck, J. (1969). Linear estimation of temporal extension: the effect of age, sex, and social class. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 31, 58-71.
- Cottrell, G., Cot, M. & Mary, J. Y. (2009). L'imputation multiple des données manquantes aléatoirement: concepts généraux et présentation d'une méthode Monte-Carlo. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 57(5), 361-372.
- Cox, E. P., Wogalter, M. S., Stokes, S. L. & Tipton Murff, E. J. (1997). Do product warnings increase safe behavior? A meta-analysis. *Journal of Public Policy & Marketing*, 16(2), 195-204.
- Crespo, A., Barrio, A., Cabestrero, R. & Hernández, Ó. (2008). Cognitive processing and assessment of anti-smoking combined warning labels proposed by the European Commission: an empirical study with a Spanish sample. *Psychology in Spain*, 12, 26-36.
- Critchley, J. A. & Capewell, S. (2003). Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 290(1), 86-97.
- Crockett, R. A., Weinman, J., Hankins, M. & Marteau, T. (2009). Time orientation and health-related behaviour: Measurement in general population samples. *Psychology and Health*, 24(3), 333-350.
- Crockett, R., Wilkinson, T. M. & Marteau, T. M. (2008). Social patterning of screening uptake and the impact of facilitating informed choices: psychological and ethical analyses. *Health Care Analysis*, 16(1), 17-30.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cupertino, A. P., Berg, C. J., Gajewski, B., Hui, S. A., Richter, K., Catley, D. & Ellerbeck, E. (2011). Change in self-efficacy, autonomous and controlled motivation predicting smoking. *Journal of Health Psychology*, (17), 640-652.
- D'Alessio, M., Guarino, A., De Pascalis, V. & Zimbardo, P. G. (2003). Testing Zimbardo's Stanford Time Perspective Inventory (STPI)-Short Form. *Time & Society*, 12(2-3), 333-347.
- Dab, W. & Bard, D. (1997). Epidemiology, Basic Science of Public Health. *Clefts CEA*, 35, 20-31.
- Daltrey, M. H. (1982). *The development and evaluation of a future time perspective instrument*. University of Colorado at Boulder.
- Danaei, G., Ding, E. L., Mozaffarian, D., Taylor, B., Rehman, J., Murray, C. J. & Ezzati, M. (2009). The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Medicine*, 6(4), 365.

- Danesi, M. (1994). *Cool: The signs and meanings of adolescence*. Toronto: University of Toronto Press.
- Daugherty, J. R. & Brase, G. L. (2010). Taking time to be healthy: Predicting health behaviors with delay discounting and time perspective. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 202-207.
- Dawson, D. A. (2000). Drinking as a risk factor for sustained smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 59(3), 235-249.
- De Bie, P. (1968). La recherche orientée multidisciplinaire : Introduction. *Revue Internationale des Sciences Sociales*, XX(2), 216-235.
- De Bilde, J., Vansteenkiste, M. & Lens, W. (2011). Understanding the association between future time perspective and self-regulated learning through the lens of self-determination theory. *Learning and Instruction*, 21(3), 332-344.
- De Ridder, D. T. D. & De Wit, J. B. F. (2006). *Self-Regulation in Health Behavior: Concepts, Theories, and Central Issues*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Ltd.
- Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.
- Décret n°77-1042 du 12 septembre 1977 relatif aux interdictions de fumer dans certains lieux affectés à un usage collectif ou cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé.
- Demers, R. Y., Neale, A. V., Adams, R., Trembath, C. & Herman, S. C. (1990). The impact of physicians' brief smoking cessation counseling: A MIRNET study. *The Journal of Family Practice*, 31(6), 625-629.
- Denzin, N. (1989). *Interpretive biography*. Newbury Park: Sage.
- Deschamps, J. C. & Moliner, P. (2012). *L'identité en psychologie sociale: des processus identitaires aux représentations sociales*. Paris : Armand Colin.
- Devlin, E., Eadie, D., Stead, M. & Evans, K. (2007). Comparative study of young people's response to anti-smoking messages. *International Journal of Advertising*, 26(1), 99-128.
- Díaz-Morales, J. F., Ferrari, J. R. & Cohen, J. R. (2008). Indecision and Avoidant Procrastination: The Role of Morningness—Eveningness and Time Perspective in Chronic Delay Lifestyles. *The Journal of General Psychology*, 135(3), 228-240.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M. & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295.
- DiClemente, C. C. & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2(2), 217-235.
- Djikanovic, B., Vukovic, D. & Djikanovic, S. (2013). Inequalities in intentions to quit smoking in Serbia: data from 2006 National Health Survey. *Public Health*, 127(6), 521-529.
- Doll, R. & Hill, A. B. (1950). Smoking and Carcinoma of the Lung. *British Medical Journal*, 2(4682), 739-748.

- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328(7455), 1519.
- Dorr, N., Krueckeberg, S., Strathman, A. & Wood, M. D. (1999). Psychosocial correlates of voluntary HIV antibody testing in college students. *AIDS Education and Prevention*, 11(1), 14.
- Dotinga, A., Schrijvers, C. T. M., Voorham, A. J. J. & Mackenbach, J. P. (2005). Correlates of stages of change of smoking among inhabitants of deprived neighbourhoods. *The European Journal of Public Health*, 15(2), 152-159.
- Drake, L., Duncan, E., Sutherland, F., Abernethy, C. & Henry, C. (2008). Time perspective and correlates of wellbeing. *Time & Society*, 17(1), 47-61.
- Droomers, M., Schrijvers, C. T. M. & Mackenbach, J. P. (2004). Educational differences in the intention to stop smoking. *The European Journal of Public Health*, 14(2), 194-198.
- Dshemuchadse, M., Scherbaum, S. & Goschke, T. (2013). How decisions emerge: Action dynamics in intertemporal decision making. *Journal of Experimental Psychology*, 142(1), 93.
- Duchesne, S. & Haegel, F. (2008). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien collectif*. Paris : Armand Colin.
- Duncan, O. D. (1961). A socioeconomic index for all occupations. In J. Reiss, Jr. (Ed.), *Occupations and Social Status*. New York : Free Press of Glencoe.
- Ehrman, R. N., Robbins, S. J., Bromwell, M. A., Lankford, M. E., Monterosso, J. R. & O'Brien, C. P. (2002). Comparing attentional bias to smoking cues in current smokers, former smokers, and non-smokers using a dot-probe task. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 185-191.
- Ehrenberg, M. F., Cox, D. N. & Koopman, R. F. (1991). The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. *Adolescence*, 26(102), 361-374.
- Elder, J. P., Molgaard, C. A. & Gresham, L. (1988). Predictors of chewing tobacco and cigarette use in amulticentric public school population. *Adolescence*, 23, 689-702.
- Epel, E. S., Bandura, A. & Zimbardo, P. G. (1999). Escaping Homelessness: The Influences of Self-Efficacy and Time Perspective on Coping With Homelessness. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(3), 575-596.
- Eren, A. & Tezel, K. V. (2010). Factors Influencing Teaching Choice, Professional Plans about Teaching, and Future Time Perspective: A Mediation Analysis. *Teaching and Teacher Education: An International Journal of Research and Studies*, 26(7), 1416-1428.
- Etter, J. F., Bergman, M. M., Humair, J. P. & Perneger, T. V. (2000). Development and validation of a scale measuring self-efficacy of current and former smokers. *Addiction*, 95(6), 901-913.
- Etter, J. F. & Bullen, C. (2012). La cigarette électronique : une aide possible pour la réduction de risque, voire le sevrage tabagique ? *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 4(S), 42-43.

- Etter, J. F., Humair, J. P., Bergman, M. M. & Perneger, T. V. (2000). Development and validation of the Attitudes Towards Smoking Scale (ATS-18). *Addiction (Abingdon, England)*, 95(4), 613-625.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality* (Vol. 689). New Brunswick, NJ: Transaction publishers.
- Eysenck, H. J. (1991). Dimensions of personality: 16, 5 or 3? Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12(8), 773-790.
- Fagan, P., Augustson, E., Backinger, C. L., O'Connell, M. E., Vollinger Jr, R. E., Kaufman, A. & Gibson, J. T. (2007). Quit attempts and intention to quit cigarette smoking among young adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 97(8), 1412.
- Falomir, J. M. & Invernizzi, F. (1999). The role of social influence and smoker identity in resistance to smoking cessation. *Revue Suisse de Psychologie*, 58(2), 73.
- Farmer, P. (1992). *Aids and Accusation: Haiti and the Geography of Blame Comparative Studies of Health Systems and Medical Care*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Fassin D. (2003). Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie : analyse critique d'une migration transdisciplinaire. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 51, 403-413
- Feather, N. & Bond, M. (1983). Time structure and purposeful activity among employed and unemployed university graduates. *Journal of Occupational Psychology*, 56(3), 241-254.
- Ferland, C. (2007). Mémoires tabagiques. L'usage du tabac, du XVe siècle à nos jours. *Drogues, Santé et Société*, 6(1), 17-48.
- Ferrant, L. (1655). *Traité du tabac en sternutatoire*. Vve et J. Toubeau.
- Ferrari, J. R. & Diaz-Morales, J. (2007). Procrastination: Different time orientations reflect different motives. *Journal of Research in Personality*, 41(3), 707-714. doi:10.1016/j.jrp.2006.06.006
- Fidler, J. A. & West, R. (2009). Self-perceived smoking motives and their correlates in a general population sample. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(10), 1182-1188.
- Fiedler, K., Semin, G. R., Finkenauer, C. & Berkel, I. (1995). Actor-observer bias in close relationships: The role of self-knowledge and self-related language. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(5), 525-538.
- Fieulaine, N. (2006). perspective temporelle, *Situations de Précarité et Santé : Une Approche Psychosociale du Temps*. Thèse de doctorat en psychologie, Aix-en-Provence : Université d'Aix Marseille I.
- Fieulaine, N. (2007). Temps de l'urgence, temps du projet : La rencontre des Temporalités dans le recours aux soins et à l'aide sociale en situations de précarité. *Dossiers de la MRIE*, 15, 41-45.
- Fieulaine, N. & Apostolidis, T. (2015). Precariousness as a Time Horizon: How Poverty and Social Insecurity Shape Individuals' Time Perspectives. In M. Stolarski, N. Fieulaine & W. van Beek. *Time Perspective Theory; Review, Research & Application*. New York: Springer.

- Fioulaine, N., Apostolidis, T. & Olivetto, F. (2006). Précarité et troubles psychologiques: l'effet médiateur de la perspective temporelle. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 72, 51-64.
- Fioulaine, N., Apostolidis, T. & Zimbardo, P. G. (2010). Development and validation of a short form of the Zimbardo Time Perspective Inventory. Manuscrit non publié, Université de Lyon.
- Fioulaine, N. & Martinez, F. (2010). Time under control: Time perspective and desire for control in substance use. *Addictive Behaviors*, 35, 799-802. doi:10.1016/j.addbeh.2010.03.022
- Fioulaine, N. & Martinez, F. (2011). About the fuels of self-regulation: Time perspective and desire for control in adolescents substance use. In V. Barkoukis (Ed.). *The Psychology of Self-Regulation* (pp. 83-102). New York: Nova.
- Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, W. C., Benowitz, N. L., ... & Williams, C. (2008). *Treating Tobacco use and Dependence : clinical practice guideline, 2008 update*. Washington : US Department of Health and Human Services.
- Fong, G. T., Craig, L. V., Guignard, R., Nagelhout, G. E., Tait, M. K., Driezen, P., ... & Beck, F. (2013). Evaluation of the smoking ban in public places in France one year and five years after its implementation: Findings from the ITC France survey. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*, 20(21), 217.
- Fong, G. T. & Hall, P. A. (2003). Time Perspective: A Potentially Important Construct for Decreasing Health Risk Behaviors Among Adolescents. In D. Romer (Ed.), *Reducing Adolescent Risk: Toward an Integrated Approach*. London: SAGE Publications.
- Fong, G. T., Hammond, D., Laux, F. L., Zanna, M. P., Cummings, K. M., Borland, R. & Ross, H. (2004). The near-universal experience of regret among smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(Suppl 3), S341-S351.
- Fortunato, V. J. & Furey, J. T. (2009). The Theory of MindTime and the relationships between thinking perspective and the Big Five personality traits. *Personality and Individual Differences*, 47(4), 241-246.
- Fraisse, P. (1957). *Psychologie du temps*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Francis, R. C. (2011). *Epigenetics: How environment shapes our genes*. New York: WW Norton & Company.
- Frederick, S., Loewenstein, G. & O'Donoghue, T. (2002). Time discounting and time preference: A critical review. *Journal of Economic Literature*, XL, 351-401.
- Frohlich, K. L. & Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216-221.
- Fuchs, V. R. (1982). *Time preference and health: an exploratory study*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Fucito, L. M., Toll, B. A., Wu, R., Romano, D. M., Tek, E. & O'Malley, S. S. (2011). A preliminary investigation of varenicline for heavy drinking smokers. *Psychopharmacology*, 215(4), 655-663.

- Fujita, K. & Carnevale, J. J. (2012). Transcending temptation through abstraction the role of construal level in self-control. *Current Directions in Psychological Science*, 21(4), 248-252.
- Fujita, K., Trope, Y., Liberman, N. & Levin-Sagi, M. (2006). Construal levels and self-control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(3), 351.
- Gallagher, K. M. & Updegraff, J. A. (2012). Health message framing effects on attitudes, intentions, and behavior: a meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(1), 101-116. <http://doi.org/10.1007/s12160-011-9308-7>
- Gallopel-Morvan, K. (2006). L'utilisation de la peur dans un contexte de marketing social: état de l'art, limites et voies de recherche. *Recherche et Applications En Marketing*, 21(4), 41-60.
- Gallopel-Morvan, K., Gabriel, P., Le Gall-Ely, M., Rieunier, S. & Urien, B. (2011). The use of visual warnings in social marketing: The case of tobacco. *Journal of Business Research*, 64(1), 7-11.
- Gallopel-Morvan, K., Gabriel, P., Le Gall-Ely, M., Rieunier, S. & Urien, B. (2013). Plain packaging and public health: The case of tobacco. *Journal of Business Research*, 66(1), 133-136.
- Galobardes, B., Lynch, J. W. & Smith, G. D. (2004). Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: systematic review and interpretation. *Epidemiologic Reviews*, 26(1), 7-21.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A. & Lynch, J. W. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 2). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2), 95-101. <http://doi.org/10.1136/jech.2004.028092>
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.
- Godeau, E. (2009). Comment le tabac est-il devenu une drogue ? *Vingtième Siècle. Revue d'Histoire*, 102(2), 105-115.
- Godin, G. (2002). Le changement des comportements de santé. In G. N. Fischer (Ed.), *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
- Godin, G., Valois, P., Lepage, L. & Desharnais, R. (1992). Predictors of smoking behaviour: an application of Ajzen's theory of planned behaviour. *British Journal of Addiction*, 87(9), 1335-1343.
- Goffman, E. (1975). *Stigmaté : Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les Editions de Minuit.
- Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A. & Lert, F. (2003). Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 51(4), 381-401.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493-503.
- Gollwitzer, P. M. & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A metaanalysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69-119.

- Gonzalez, A. & Zimbardo, P. G. (1985). Time in perspective. *Psychology Today*, 19(3), 21-26.
- Goodall, C. & Appiah, O. (2008). Adolescents' perceptions of Canadian cigarette package warning labels: investigating the effects of message framing. *Health Communication*, 23(2), 117-127.
- Goodman, J. (1994). *Tobacco in History. The cultures of dependance*. London & New York: Routledge.
- Graham, H. (2012). Smoking, stigma and social class. *Journal of Social Policy*, 41(1), 83-99.
- Green, L. & Myerson, J. (2004). A discounting framework for choice with delayed and probabilistic rewards. *Psychological Bulletin*, 130(5), 769.
- Gruber, J., Cunningham, W. A., Kirkland, T. & Hay, A. C. (2011). Feeling stuck in the present? Mania proneness and history associated with present-oriented time perspective. *Emotion*, 12(1), 13-17.
- Guérin, S. & Borget, I. (2010). Impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics sur le risque d'infarctus. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 19, 20-25.
- Guichard, A. & Potvin, L. (2010). Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In L. Potvin, M. J. Moquet & C. M. Jones, *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES.
- Guignard, R., Beck, F., Richard, J. B., Lermenier, A., Wilquin, J. L. & Nguyen-Thanh, V. (2015). La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes. *Evolutions*, 31.
- Guthrie, L. C., Butler, S. C., Less, K., Ochi, O. & Ward, M. M. (2014). Time perspective and exercise, obesity, and smoking: moderation of associations by age. *American Journal of Health Promotion*, 29(1), 9-16. <http://doi.org/10.4278/ajhp.130122-QUAN-39>
- Guthrie, L. C., Butler, S. C. & Ward, M. M. (2009). Time perspective and socioeconomic status: A link to socioeconomic disparities in health? *Social Science & Medicine*, 68(12), 2145-2151.
- Hall, P. A. (2013). *Social Neuroscience and Public Health: Foundations for the Science of Chronic Disease Prevention*. New York : Springer.
- Hall, P. A. & Fong, G. T. (2007). Temporal self-regulation theory: A model for individual health behavior. *Health Psychology Review*, 1(1), 6-52.
- Hall P. A. & Fong G. T. (2013). Temporal self-regulation theory: integrating biological, psychological and ecological determinants of health behavior performance. In P. A. Hall (Ed.), *Social Neuroscience and Public Health*. New York : Springer.
- Hall, P. A., Fong, G. T. & Cheng, A. Y. (2012). Time perspective and weight management behaviors in newly diagnosed Type 2 diabetes: a mediational analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 569-580.
- Hall, P. A., Fong, G. T. & Meng, G. (2014). Time perspective as a determinant of smoking cessation in four countries: Direct and mediated effects from the International Tobacco Control (ITC) 4-Country Surveys. *Addictive Behaviors*, 39(7), 1183-1190. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.03.019>

- Hall, P. A., Fong, G. T. & Sansone, G. (2015). Time Perspective as a Predictor of Healthy Behaviors and Disease-Mediating States. In M. Stolarski, N. Fieulaine & W. van Beek. *Time Perspective Theory; Review, Research & Application*. New York: Springer.
- Hall, P. A, Fong, G. T., Yong, H. H., Sansone, G., Borland, R. & Siahpush, M. (2012). Do time perspective and sensation-seeking predict quitting activity among smokers? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addictive Behaviors*, 37(12), 1307-1313. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.022>
- Hamilton, J. M., Kives, K. D., Micevski, V. & Grace, S. L. (2003). Time perspective and health-promoting behavior in a cardiac rehabilitation population. *Behavioral Medicine*, 28(4), 132-139.
- Hammond, D. (2011). Health warning messages on tobacco products: a review. *Tobacco Control*, 20(5), 327-337.
- Hammond, D., Daniel, S. & White, C. M. (2013). The effect of cigarette branding and plain packaging on female youth in the United Kingdom. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 151-157.
- Hammond, D., Doxey, J., Daniel, S. & Bansal-Travers, M. (2011). Impact of female-oriented cigarette packaging in the United States. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(7), 579-588.
- Hammond, D., Fong, G. T., McDonald, P. W., Brown, K. S. & Cameron, R. (2004). Graphic Canadian cigarette warning labels and adverse outcomes: evidence from Canadian smokers. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1442-1445.
- Hammond, D., Fong, G. T., McDonald, P. W., Cameron, R. & Brown, K. S. (2003). Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour. *Tobacco Control*, 12(4), 391.
- Hammond, D., Fong, G. T., McNeill, A., Borland, R. & Cummings, K. M. (2006). Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 15(suppl 3), iii19-iii25.
- Hammond, D. & Parkinson, C. (2009). The impact of cigarette package design on perceptions of risk. *Journal of Public Health*, 31, 345-353. doi:10.1093/pubmed/fdp066.
- Harber, K. D., Zimbardo, P. G. & Boyd, J. N. (2003). Participant self-selection biases as a function of individual differences in time perspective. *Basic and Applied Social Psychology*, 25(3), 255-264.
- Harris, W. T. & Harris, L. (1996). The decision to quit smoking: Theory and evidence. *Journal of Socio-Economics*, 25(5), 601-618.
- HAS. (2014). *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours*. Paris : Haute Autorité de Santé.
- Hastings, G., Stead, M. & Webb, J. (2004). Fear appeals in social marketing: Strategic and ethical reasons for concern. *Psychology & Marketing*, 21(11), 961-986.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.
- HCSP. (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : Ecole nationale de santé publique.

- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.
- Heimberg, L. K. (1963). The measurement of future time perspective. Vanderbilt University, Nashville.
- Henson, J. M., Carey, M. P., Carey, K. B. & Maisto, S. A. (2006). Associations among health behaviors and time perspective in young adults: Model testing with boot-strapping replication. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(2), 127-137.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. La Haye : Mouton.
- Higgins, E. T. (1997) Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52(12), 1281.
- Higgins, E. T. (2000). Making a good decision: Value from fit. *American Psychologist*, 55, 1217-1230.
- Higgins, E. T. (2005). Value from regulatory fit. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 209-213.
- Hill, C. (2012). Epidémiologie du tabagisme. *La Revue Du Praticien*, 62(3), 325-329.
- Hirsch, A. (1987). *Lutter contre le tabagisme: rapport*. Paris : Direction générale de la santé.
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A. & Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 107-123.
- Hiscock, R., Bauld, L. & Judge, K. (2010). Why is it harder for disadvantaged smokers to quit? *SRNT Europe 12th Annual Meeting*. University of Bath.
- Hiscock, R., Judge, K. & Bauld, L. (2011). Social inequalities in quitting smoking: what factors mediate the relationship between socioeconomic position and smoking cessation? *Journal of Public Health*, 33(1), 39-47. <http://doi.org/10.1093/pubmed/fdq097>
- Hodgins, D. C. & Engel, A. (2002). Future time perspective in pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(11), 775-780. doi:10.1097/01.NMD.0000038173.64197.93
- Hoek, J. & Gendall, P. (2005). *Pictorial Health Warnings: a Review of Research Evidence*. New Zealand: Ministry of Health.
- Hoek, J. & Jones, S. C. (2011). Regulation, public health and social marketing: a behaviour change trinity. *Journal of Social Marketing*, 1(1), 32-44.
- Hoggart, R. (1970). *La culture du pauvre: étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*. Paris : Éditions de Minuit.
- Høie, M., Moan, I. S. & Rise, J. (2010). An extended version of the theory of planned behaviour: Prediction of intentions to quit smoking using past behaviour as moderator. *Addiction Research & Theory*, 18(5), 572-585.
- Holman, E. A. & Silver, R. C. (1998). Getting “stuck” in the past: Temporal orientation and coping with trauma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1146-1163. doi:10.1037/0022-3514.74.5.1146

- Holman, E. A. & Zimbardo, P. G. (2009). The Social Language of Time: The Time Perspective–Social Network Connection. *Basic and Applied Social Psychology*, 31, 136-147. doi:10.1080/01973530902880415
- Hoornaert, J. (1973). Time perspective theoretical and methodological considerations. *Psychologica Belgica*, 13(3), 265-294.
- Hughes, J. R. & Hatsukami, D. (1998). Errors in using tobacco withdrawal scale. *Tobacco Control*, 7(1), 92.
- Hughes, J. R., Keely, J., Fagerström, K. O. & Callas, P. W. (2005). Intentions to quit smoking change over short periods of time. *Addictive Behaviors*, 30(4), 653-662.
- Hughes, J. R., Keely, J. & Naud, S. (2004). Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*, 99(1), 29-38.
- Husman, J. & Shell, D. F. (2008). Beliefs and perceptions about the future: A measurement of future time perspective. *Learning and Individual Differences*, 18(2), 166-175.
- Hyland, A., Borland, R., Li, Q., Yong, H. H., McNeill, A., Fong, G. T., ... & Cummings, K. M. (2006). Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 15(suppl 3), iii83–iii94.
- Hyland, A., Li, Q., Bauer, J. E., Giovino, G. A., Steger, C. & Cummings, K. M. (2004). Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(Suppl 3), S363–S369.
- Hymowitz, N., Cummings, K. M., Hyland, A., Lynn, W. R., Pechacek, T. F. & Hartwell, T. D. (1997). Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco Control*, 6(suppl 2), S57.
- Idson, L. C. & Mischel, W. (2001). The personality of familiar and significant people: The lay perceiver as a social–cognitive theorist. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(4), 585.
- Jackson, W. H. (2006). *Time Perspective and Motivation*. University of New Mexico, Albuquerque, New Mexico.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Henry Holt.
- Janis, I. L. & Feshbach, S. (1953). Effects of fear arousing communications. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 78-92.
- Jha, P., Peto, R., Zatonski, W., Boreham, J., Jarvis, M. J. & Lopez, A. D. (2006). Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *The Lancet*, 368(9533), 367-370.
- Jodelet, D. (2003). Aperçus sur les méthodologies qualitatives. In S. Moscovici & F. Buschini (Eds.), *Les méthodes des sciences humaines*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2006). Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. In V. Haas (Ed.), *Les savoirs du quotidien*. Transmissions, Appropriations, Représentations. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

- Joireman, J., Anderson, J. & Strathman, A. (2003). The aggression paradox: understanding links among aggression, sensation seeking, and the consideration of future consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1287.
- Joireman, J., Balliet, D. P., Sprott, D., Spangenberg, E. & Schultz, J. (2008). Ego depletion, consideration of future consequences, and decision-making preferences: Implications for the self-regulation of behavior. *Association of Psychological Science*, 45, 15-21.
- Joireman, J., Shaffer, M. J., Balliet, D. & Strathman, A. (2012). Promotion orientation explains why future-oriented people exercise and eat healthy evidence from the two-factor consideration of future consequences-14 scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(10), 1272-1287.
- Joireman, J., Sprott, D. E. & Spangenberg, E. R. (2005). Fiscal responsibility and the consideration of future consequences. *Personality and Individual Differences*, 39(6), 1159-1168.
- Joireman, J., Strathman, A. & Balliet, D. P. (2006). Considering future consequences: An integrative model. In L. Sanna & E. Chang (Eds.), *Judgments over time: The interplay of thoughts, feelings, and behaviors*. Oxford: Oxford University Press.
- Joossens, L. & Raw, M. (2006). The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tobacco Control*, 15(3), 247-253.
- Joossens, L. & Raw, M. (2008). Avancées du contrôle du tabac dans 30 pays européens, de 2005 à 2007. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*, 21-22.
- Joossens, L. & Raw, M. (2014). *The tobacco control scale 2013 in Europe*. Brussels: Association of European Cancer Leagues.
- Joule, R. V., Beauvois, J. L. (1987). *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
- Jusot, F. & Khlat, M. (2013). The role of time and risk preferences in smoking inequalities: A population-based study. *Addictive Behaviors*, 38(5), 2167-2173.
- Kahler, C. W., Borland, R., Hyland, A., McKee, S. A., Thompson, M. E. & Cummings, K. M. (2009). Alcohol consumption and quitting smoking in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 100(3), 214-220.
- Kairys, A. (2010). *Time Perspective : its link to personality traits, age and gender*. Vilnius University.
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141-151.
- Kalampalikis, N. (2003). L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales. In J. C. Abric, *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse : Erès.
- Kaplan, G. A. & Keil, J. E. (1993). Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*, 88(4), 1973-1998. <http://doi.org/10.1161/01.CIR.88.4.1973>
- Kauffman, D. F. & Husman, J. (2004). Effects of time perspective on student motivation: introduction to a special issue. *Educational Psychology Review*, 16(1), 1-7.

- Kees, J., Burton, S., Andrews, J. C. & Kozup, J. (2006). Tests of graphic visuals and cigarette package warning combinations: implications for the framework convention on tobacco control. *Journal of Public Policy & Marketing*, 25(2), 212-223.
- Kelly-Irving, M., Mabile, L., Grosclaude, P., Lang, T., Delpierre, C. (2013). The embodiment of adverse childhood experiences and cancer development: potential biological mechanisms and pathways across the lifecourse. *International Journal of Public Health*, 58(1), 3-11. doi: 10.1007/s00038-012-0370-0
- Keough, K. A., Zimbardo, P. G. & Boyd, J. N. (1999). Who's smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21(2), 149-164.
- Khwaja, A., Silverman, D. & Sloan, F. (2007). Time preference, time discounting, and smoking decisions. *Journal of Health Economics*, 26(5), 927-949.
- Kirby, K. N., Petry, N. M. & Bickel, W. K. (1999). Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls. *Journal of Experimental Psychology*, 128(1), 78-87.
- Klingemann, H. (2001). The Time Game: Temporal perspectives of patients and staff in alcohol and drug treatment. *Time & Society*, 10(2-3), 303-328.
- Koenig, F., Swanson, W. & Harter, C. (1981). Future time orientation, social class and anomia. *Social Behavior and Personality*, 9(2), 123-127. doi:10.2224/sbp.1981.9.2.123
- Koļesovs, A. (2004). Gender differences in time perspective of high school students in Latvia. Comparison of State and Trait Anxiety of Latvians and Russians Residing in Latvia, *Baltic Journal of Psychology*, 5(1), 14.
- Košťál, J., Klicperová-Baker, M., Lukavská, K. & Lukavský, J. (2015). Short version of the Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI-short) with and without the Future-Negative scale, verified on nationally representative samples. *Time & Society*, Epub ahead of print. <http://doi.org/10.1177/0961463X15577254>
- Kotz, D. & West, R. (2009). Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tobacco Control*, 18(1), 43-46.
- Kovač, V. B. & Rise, J. (2007). The Relation Between Past Behavior, Intention, Planning, and Quitting Smoking: The Moderating Effect of Future Orientation. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 12(2), 82-100. <http://doi.org/10.1111/j.1751-9861.2007.00015.x>
- Kovač, V. B. (2007). *Some psychological aspects of addiction in the light of smoking behaviour*. Thèse de Doctorat, Université d'Oslo.
- Koval, J. J., Aubut, J.-A. L., Pederson, L. L., O'Hegarty, M. & Chan, S. S. (2005). The potential effectiveness of warning labels on cigarette packages: the perceptions of young adult Canadians. *Canadian Journal of Public Health*, 96(5), 353-356.
- Krieger, N. (1994). Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Social Science & Medicine*, 39(7), 887-903.
- Krieger, N. (2000). Discrimination and health. *Social Epidemiology*, 1, 36-75.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677.

- Kuh, D. & Shlomo, Y. B. (2004). *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Kunst, A. E. (1997). *Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality*. Thèse de doctorat, Université de Rotterdam.
- L'Obel, M. & Pena, P. (1570). *Stirpium adversaria nova*.
- La Rosa, E., Consoli, S. M., Le Clésiau, H., Soufi, K. & Lagrue, G. (2004). Souffrance psychosociale et antécédents biographiques traumatiques des fumeurs: Enquête auprès de consultants d'un Centre de prévention sanitaire et sociale. *La Presse Médicale*, 33(14), 919-926.
- Labbe, E., Moulin, J. J., Gueguen, R., Sass, C., Chatain, C. & Gerbaud, L. (2007). Un indicateur de mesure de la précarité et de la «santé sociale»: le score Epices. L'expérience des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. *La Revue de l'Institut de Recherches Economiques et Sociales*, 53, 3-50.
- Lagrue, G. (2006). *Arrêter de fumer?* Paris : Odile Jacob.
- Lagrue, G., Cormier, S. & Mautrait, C. (2004). Troubles de l'humeur et dépendance tabagique. *L'Encéphale*, 30(5), 500-501.
- Laguet, V., Apostolidis, T., Dany, L., Bellon, N., Grimaud, J.-C. & Lagouanelle-Simeoni, M.-C. (2013). Quality of life and time perspective in inflammatory bowel disease patients. *Quality of Life Research*, 22(10), 2721-2736. <http://doi.org/10.1007/s11136-013-0399-4>
- Lamm, H., Schmidt, R. W. & Trommsdorff, G. (1976). Sex and social class as determinants of future orientation (time perspective) in adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34(3), 317.
- Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C. & Sowden, A. (2000). Regular review: Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal*, 321(7257), 355.
- Lang, F. R. & Carstensen, L. L. (2002). Time counts: future time perspective, goals, and social relationships. *Psychology and Aging*, 17(1), 125-139.
- Lang, T. (2014). Modèles et déterminants sociaux des inégalités sociales de santé. In INSERM expertise collective, *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*. Paris : INSERM.
- Lang, T., Kelly-Irving, M. & Delpierre, C. (2009). Inégalités sociales de santé: du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 57(6), 429-435.
- Langevin, A. (1997). Déstabilisation des temps sociaux et précarisation des statuts. Précarisation Sociale. In B. Appay & J. Thébaud-Mony (Eds.), *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris : Iresco.
- Lavelle, T., Hammersley, R. & Forsyth, A. (1991). Personality as an explanation of drug use. *Journal of Drug Issues*, 21(3), 593-604.
- Lazuras, L., Chatzipolychroni, E., Rodafinos, A. & Eiser, J. R. (2012). Social cognitive predictors of smoking cessation intentions among smoker employees: The roles of

- anticipated regret and social norms. *Addictive Behaviors*, 37(3), 339-341.
<http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.11.008>
- Le Faou, A. L. (2002). Tabac et populations défavorisées. *Le Courrier Des Addictions*, 4(1).
- Le Faou, A. L. & Baha, M. (2012). Tabagisme en France : état des connaissances pour une prise en charge efficace par les médecins. *La Presse Médicale*, 41(12P1), 1279-1285.
- Le Monde. (2015). *Le Sénat supprime le projet de paquet de cigarettes neutre en commission*. 22 juillet.
- Lebas, J. & Chauvin, P. (1998). *Précarité et santé*. Paris : Flammarion.
- Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M. & Lang, T. (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte.
- Leclerc, A., Kaminski, M., Lang, T. & Lang, T. (2008). *Inégaux face à la santé: du constat à l'action*. Paris : La Découverte.
- Leclerc-Olive, M. & Engrand, S. (2000). Sortir de la précarité de l'emploi: entre routine et projet. In I. Billiard, D. Debordeaux & M. Lurol (Eds.), *Vivre La Précarité. Trajectoires et Projets de Vie*. La Tour d'Aigues : L'Aube.
- Leder, S., Florack, A. & Keller, J. (2015). Self-regulation and protective health behaviour: how regulatory focus and anticipated regret are related to vaccination decisions. *Psychology & Health*, 30(2), 165-188.
- Legleye, S., Khlat, M., Beck, F. & Peretti-Watel, P. (2011). Widening inequalities in smoking initiation and cessation patterns: A cohort and gender analysis in France. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(2-3), 233-241.
- Leiser, D., Azar, O. H. & Hadar, L. (2008). Psychological construal of economic behavior. *Journal of Economic Psychology*, 29(5), 762-776.
- Lejoyeux, M. (2013). *Addictologie*. Paris : Elsevier Masson.
- Lens, W. & Moreas, A. (1994). Future time perspective: An individual and a societal approach. In Z. Zaleski (Ed.), *Psychology of future orientation*. Lublin, Poland: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Lens, W. (1986). Future time perspective: A cognitive-motivational concept. In D. R. Brown & J. Veroff (Eds.), *Frontiers of motivational psychology*. New York: Springer-Verlag.
- Lens, W., Paixao, M. P., Herrera, D. & Grobler, A. (2012). Future time perspective as a motivational variable: Content and extension of future goals affect the quantity and quality of motivation. *Japanese Psychological Research*, 54(3), 321-333.
- Lermenier, A. (2014). Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014. *Tendances*, 92.
- LeShan, L. L. (1952). Time orientation and social class. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47(3), 589.
- Levy, D. T. (2008). SimSmoke France : description d'un modèle de simulation des politiques de lutte contre le tabac. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 21-22, 190-194.
- Lewin, K. (1942). Time perspective and morale. In G. Watson (Ed.), *Civilian Morale*. Boston: Houghton Mifflin.
- Lewin, K. (1943). Defining the "field at a given time". *Psychological Review*, 50(3), 292.

- Lewin, K. (1959). *Psychologie dynamique. Les relations humaines*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lewis, O. (1966). *The culture of poverty*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Liberatos, P., Link, B. G. & Kelsey, J. L. (1988). The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 10, 87-121.
- Liberman, A. & Chaiken, S. (1992). Defensive processing of personally relevant health messages. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(6), 669-679.
- Liberman, N., Sagristano, M. D. & Trope, Y. (2002). The effect of temporal distance on level of mental construal. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38(6), 523-534.
- Liberman, N. & Trope, Y. (1998). The role of feasibility and desirability considerations in near and distant future decisions: A test of temporal construal theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 5.
- Liberman, N. & Trope, Y. (2003). Construal level theory of intertemporal judgment and decision. In G. Loewenstein, D. Read & R. Baumeister (Eds.), *Time and decision: Economic and psychological perspectives on intertemporal choice*. New York: Russell Sage.
- Lillard, D. R., Plassmann, V., Kenkel, D. & Mathios, A. (2007). Who kicks the habit and how they do it: socioeconomic differences across methods of quitting smoking in the USA. *Social Science & Medicine*, 64(12), 2504-2519.
- Liniauskaite, A. & Kairys, A. (2009). The Lithuanian version of the Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI). *Psichologija*, 40.
- Linville, P. W., Fischer, G. W. & Yoon, C. (1996). Perceived covariation among the features of ingroup and outgroup members: The outgroup covariation effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 421.
- Locker, D. (1993). Measuring social inequality in dental health services research: individual, household and area-based measures. *Community Dental Health*, 10(2), 139-150.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.
- Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.
- Loewenstein, G. & Prelec, D. (1992). Anomalies in intertemporal choice: Evidence and an interpretation. *The Quarterly Journal of Economics*, 107(2), 573-597.
- Lomranz, J., Shmotkin, D. & Katznelson, D. B. (1983). Coherence as a measure of future time perspective in children and its relationship to delay of gratification and social class. *International Journal of Psychology*, 18(1-4), 407-413.
- Lorant, V., Nguyen, L. H., Prignot, J. & Laperche, J. (2008). Pourquoi les populations défavorisées fument-elles plus et que faire en Communauté française de Belgique. *Education Santé*, 231.
- Luca Turpain, N. (1987) À propos des représentations sociales du cancer. In : A. Retel Laurentin (Ed.), *Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*. Paris : L'Harmattan.

- Lukavska, K. (2012). Time Perspective as a Predictor of Massive Multiplayer Online Role-Playing Game Playing. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(1), 50-54.
- Lukwago, S. N., Kreuter, M. W., Holt, C. L., Steger-May, K., Bucholtz, D. C. & Skinner, C. S. (2003). Sociocultural correlates of breast cancer knowledge and screening in urban African American women. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1271-1274.
- Luyckx, K., Lens, W., Smits, I. & Goossens, L. (2010). Time perspective and identity formation: Short-term longitudinal dynamics in college students. *International Journal of Behavioral Development*, 34(3), 238-247.
- MacKillop, J., Mattson, R. E., MacKillop, E. J. A., Castelda, B. A. & Donovan, P. J. (2007). Multidimensional assessment of impulsivity in undergraduate hazardous drinkers and controls. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(6), 785-788.
- Madden, G. J. & Johnson, P. S. (2010). A delay-discounting primer. In G. J., Madden & W. K., Bickel (Eds.), *Impulsivity: The Behavioral and Neurological Science of Discounting*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Maglio, S.J., Liberman, N. & Trope, Y. (2015). From Time Perspective to Psychological Distance (and Back). In N. Fieulaine, M. Stolarski & W. VanBeek (Eds.). *Time Perspective : Theory, Research & Application*. New York: Springer.
- Maher, C. G., Latimer, J. & Costa, L. O. P. (2007). The relevance of cross-cultural adaptation and clinimetrics for physical therapy instruments. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 11(4), 245-252. <http://doi.org/10.1590/S1413-35552007000400002>
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B. & Schutte, N. S. (2006). The five-factor model of personality and smoking: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 36(1), 47-58.
- Manchón Walsh, P., Carrillo, P., Flores, G., Masuet, C., Morchon, S. & Ramon, J. M. (2007). Effects of partner smoking status and gender on long term abstinence rates of patients receiving smoking cessation treatment. *Addictive Behaviors*, 32(1), 128-136.
- Marmot, M. G., Fuhrer, R., Ettner, S. L., Marks, N. F., Bumpass, L. L. & Ryff, C. D. (1998). Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health. *The Milbank Quarterly*, 76(3), 403.
- Marsh, A. & McKay, S. (1994). *Poor smokers* (Vol. 771). London: Policy Studies Institute.
- Marti, J. (2010). Successful Smoking Cessation and Duration of Abstinence—An Analysis of Socioeconomic Determinants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(7), 2789-2799. <http://doi.org/10.3390/ijerph7072789>
- Martinez, E., Tatum, K. L., Glass, M., Bernath, A., Ferris, D., Reynolds, P. & Schnoll, R. A. (2010). Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 35(2), 175-178.
- Martinez, F. & Fieulaine, N. (2015). Time and the misfits: Temporal framing and priming in persuasive communication. In M. Stolarski, N. Fieulaine & W. van Beek. *Time Perspective Theory; Review, Research & Application*. New York: Springer.
- Mazières, J., Pujol, J.-L., Kalampalikis, N., Bouvry, D., Quoix, E., Filleron, T., ... & Milleron, B. (2015). Perception of lung cancer among the general population and comparison with other cancers. *Journal of Thoracic Oncology*, 10(3), 420-425. <http://doi.org/10.1097/JTO.0000000000000433>

- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81.
- McEwen, A., West, R. (2010) The PRIME approach to giving up smoking. *Practice Nursing*, 21(3), 145-153.
- McKee, S. A., O'Malley, S. S., Salovey, P., Krishnan-Sarin, S. & Mazure, C. M. (2005). Perceived risks and benefits of smoking cessation: gender-specific predictors of motivation and treatment outcome. *Addictive Behaviors*, 30(3), 423-435.
- McKillop, J., Anderson, E. J., Castelda, B. A., Mattson, R. E., Donovan, P. J. (2006). Divergent Validity of Measures of Cognitive Distortions, Impulsivity, and Time Perspective in Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 22(3), 339-354.
- Melges, F. T. (1982). *Time and the inner future: a temporal approach to psychiatric disorders*. New York: Wiley & Sons.
- Merson, F. (2007). *Discrimination à l'accès aux soins, stéréotypes et représentation des bénéficiaires de la CMU*. Document non publié. Université de Provence.
- Merson, F. (2009). *Impact de la perspective temporelle dans le sevrage tabagique des personnes en situation de précarité*. Document non publié. Université d'Auvergne.
- Merson, F. & Perriot, J. (2011). Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique. *Santé Publique*, 23(5), 359-370.
- Merson, F. & Perriot, J. (2012). Impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique. *La Presse Médicale*, 41(2), e43-e51.
- Merson, F. & Perriot, J. (2013). Analyse textuelle du Champix® dans un corpus d'articles de presse. *6ème congrès de la Société Française de Tabacologie*.
- Merson, F., Perriot, J., Underner, M., Peiffer, G. & Fieulaine, N. (2014). Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale. *Revue Des Maladies Respiratoires*, 31(10), 916-936.
- Meyer, B., Johnson, S. L. & Winters, R. (2001). Responsiveness to Threat and Incentive in Bipolar Disorder: Relations of the BIS/BAS Scales With Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 133-143. doi:10.1023/A:1010929402770
- Mikhailitchenko, A., Javalgi, R. R. G., Mikhailitchenko, G. & Laroche, M. (2009). Cross-cultural advertising communication: Visual imagery, brand familiarity, and brand recall. *Journal of Business Research*, 62(10), 931-938.
- Milfont, T. L., Andrade, P. R., Pessoa, V. S. & Belo, R. P. (2008). Testing zimbaro time perspective inventory in a Brazilian sample. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 49-58.
- Milfont, T. L. & Gouveia, V. V. (2006). Time perspective and values: An exploratory study of their relations to environmental attitudes. *Journal of Environmental Psychology*, 26(1), 72-82. <http://doi.org/10.1016/j.jenvp.2006.03.001>
- Milfont, T. L., Wilson, J. & Diniz, P. (2012). Time perspective and environmental engagement: A meta-analysis. *International Journal of Psychology*, 47(5), 325-334.
- Milhabet, I., Desrichard, O. & Verlhac, J. F. (2002). Comparaison sociale et perception des risques : l'optimisme comparatif. In J. L. Beauvois, R. V. Joule & J. M. Monteil,

- Perspectives cognitives et conduites sociales (Vol. 8)*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. (2014). *Plan Cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France*.
- Mischel, W. (1974). *Processes in delay of gratification*. New York: Academic Press.
- Mischel, W. (1981). Objective and subjective rules for delay of gratification. In G. d'Ydewalle & W. Lens (Eds.), *Cognition in human motivation and learning*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Moan, I. S. & Rise, J. (2005). Quitting Smoking: Applying an Extended Version of the Theory of Planned Behavior to Predict Intention and Behavior. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 10(1), 39-68.
- Mogilner, C., Aaker, J. L. & Pennington, G. L. (2008). Time will tell: The distant appeal of promotion and imminent appeal of prevention. *Journal of Consumer Research*, 34(5), 670-681.
- Molimard, R. (2002). *Historique du tabagisme*. Formation en ligne du Diplôme Inter-universitaire de Tabacologie (Paris). Disponible sur : <http://www.tabac-humain.com/wp-content/uploads/2010/04/Historique-du-tabagisme1.pdf>
- Molimard, R. (2008). Tabac, chômage et précarité. *Le Courrier Des Addictions*, 10(4), 22-24.
- Montaut, A. & Danet, S. (2008). Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 8-9, 75-78.
- Moodie C, Hastings GB (2011). Making the pack the hero, tobacco industry response to marketing restrictions in the UK: Findings from a long-term audit. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 24.
- Mook, D. G. (1996). *Motivation: the Organization of Action*. New York: WW Norton.
- Moorman, M. & van den Putte, B. (2008). The influence of message framing, intention to quit smoking, and nicotine dependence on the persuasiveness of smoking cessation messages. *Addictive Behaviors*, 33(10), 1267-1275.
- Morabia, A. (2011). *Santé: distinguer croyances et connaissance*. Paris : Odile Jacob.
- Morgan, M. (1983). Measuring social inequality: Occupational classifications and their alternatives. *Journal of Public Health*, 5(2), 116-124.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse: son image et son public. Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (2005). Le regard psychosocial. *Hermes*, 1(41).
- Moulin, P. (2005). Imaginaire social et cancer. *Revue Francophone de Psycho-oncologie*, 4(4), 261-267.
- Munafo, M. R. & Black, S. (2007). Personality and smoking status: A longitudinal analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(3), 397.
- Muraven, M. & Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 126(2), 247-259. doi:10.1037/0033-2909.126.2.247

- Nagelhout, G. E., de Korte-de Boer, D., Kunst, A. E., van der Meer, R. M., de Vries, H., van Gelder, B. M. & Willemsen, M. C. (2012). Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey. *BMC Public Health*, 12, 303. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-303>
- Najman, J. M. (1988). The measurement of socioeconomic inequality and social class in Australia: a review of past practices and recent developments. *Community Health Studies*, 12(1), 31-41.
- Niederdeppe, J., Kuang, X., Crock, B. & Skelton, A. (2008). Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: What do we know, what do we need to learn, and what should we do now? *Social Science & Medicine*, 67(9), 1343-1355.
- Nisbett, R. E., Caputo, C., Legant, P. & Marecek, J. (1973). Behavior as seen by the actor and as seen by the observer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27(2), 154.
- Noble, M., Wright, G., Dibben, C., Smith, G. A. N., McLennan, D., Anttila, C., ... & Lloyd, M. (2004) *The English indices of deprivation 2004 (revised). Report to the Office of the Deputy Prime Minister*. Neighbourhood Renewal Unit, London.
- Noël, Y. (2004). *Dynamique de l'arrêt du tabac : aspects comportementaux*. Paris : INSERM.
- Nordgren, L. F., Van Der Pligt, J. & Van Harreveld, F. (2008). The instability of health cognitions: visceral states influence self-efficacy and related health beliefs. *Health Psychology*, 27(6), 722.
- Norman, P., Conner, M. & Bell, R. (1999). The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health Psychology*, 18(1), 89.
- Nourrisson, D. (2000). *Histoire sociale du tabac*. Paris : Christian Editions.
- Nunnally J., C. & Bernstein I. H. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Nurmi, J. E. (1987). Age, sex, social class, and quality of family interaction as determinants of adolescents' future orientation: A developmental task interpretation. *Adolescence*, 22(88), 977-991.
- Nurmi, J. E. (1991). How do adolescents see their future? A review of the development of future orientation and planning. *Developmental Review*, 11(1), 1-59.
- Nurmi, J. E. (2005). Thinking about and acting upon the future. Development of future orientation across the lifespan. In A. Strathman & J. Joireman (Eds.), *Understanding behavior in the context of time*. Mahwah, NJ : Lawrence Associates Publishers.
- Nussbaum, S., Trope, Y. & Liberman, N. (2003). Creeping dispositionism: the temporal dynamics of behavior prediction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 485.
- Nuttin, J. R. (1977). *A conceptual frame of personality-world interaction: A relational theory. Personality at the Crossroads: Current Issues in Interactional Psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Nuttin, J. (1985). *Future time perspective and motivation: Theory and research method*. Leuven: University Press.

- Nuttin, J. & Lens, W. (1985). *Future time perspective and motivation: Theory and research method*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- O'Hegarty, M., Pederson, L. L., Nelson, D. E., Mowery, P., Gable, J. M. & Wortley, P. (2006). Reactions of young adult smokers to warning labels on cigarette packages. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 467-473.
- O'Hegarty, M., Richter, P. & Pederson, L. L. (2007). What do adult smokers think about ads and promotional materials for PREPs? *American Journal of Health Behavior*, 31(5), 526-534.
- O'Rand, A. & Ellis, R. A. (1974). Social class and social time perspective. *Social Forces*, 53(1), 53-62.
- 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*, 39(4), 776-782.
- Oakes, J. M. & Rossi, P. H. (2003). The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach. *Social Science & Medicine*, 56(4), 769-784. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00073-4](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00073-4)
- OMS. (2003). *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Genève : World Health Organization.
- Oppenheimer, G. M. (1988). In the Eye of a Storm: the Epidemiological Construction of AIDS. In E. Fee & D. M. Fox (Eds.), *AIDS, the Burden of History*. Berkeley: University of California Press.
- Orbell, S. & Hagger, M. S. (2006). Temporal framing and the decision to take part in Type 2 diabetes screening: Effects of individual differences on persuasion. *Health Psychology*, 25, 537-548.
- Orbell, S. & Kyriakaki, M. (2008). Temporal framing and persuasion to adopt preventive health behavior: Moderating effects of individual differences in consideration of future consequences on sunscreen use. *Health Psychology*, 27, 770-779.
- Orbell, S., Perugini, M. & Rakow, T. (2004). Individual differences in sensitivity to health communications: Consideration of future consequences. *Health Psychology*, 23, 388-396.
- Orleans, C. T., Schoenbach, V. J., Wagner, E. H., Quade, D., Salmon, M. A., Pearson, D. C., ... & Kaplan, B. H. (1991). Self-help quit smoking interventions: effects of self-help materials, social support instructions, and telephone counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 439.
- Osler, M., Prescott, E., Godtfredsen, N., Hein, H. O. & Schnohr, P. (1999). Gender and determinants of smoking cessation: a longitudinal study. *Preventive Medicine*, 29(1), 57-62.
- Ouellette, J. A., Hessling, R., Gibbons, F. X., Reis-Bergan, M. & Gerrard, M. (2005). Using images to increase exercise behavior: Prototypes versus possible selves. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(5), 610-620.
- Ouellette, J. A. & Wood, W. (1998). Habit and intention in everyday life: The multiple processes by which past behavior predicts future behavior. *Psychological Bulletin*, 124(1), 54-74. doi:10.1037/0033-2909.124.1.54

- Ould Ferhat, L. (2000). N'avoir que le bac mais avoir quand même le bac. *Informations Sociales*, 84, 74-83.
- Parrott, A. C. (1999). Does cigarette smoking cause stress? *American Psychologist*, 54(10), 817.
- Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Paugam, S. (2000). *Le salarié de la précarité: les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*. Paris : Presses universitaires de France.
- Paul, C., 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*, 10(1), 211.
- Pechmann, C., Zhao, G., Goldberg, M. E. & Reibling, E. T. (2003). What to convey in antismoking advertisements for adolescents: The use of protection motivation theory to identify effective message themes. *Journal of Marketing*, 67(2), 1-18.
- Peretti-Watel, P. (2002). Les « conduites à risque » des jeunes : défi, myopie, ou déni ? *Agora Débats/jeunesses*, 27(1), 16-33. <http://doi.org/10.3406/agora.2002.1994>
- Peretti-Watel, P. (2004). Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque. *Revue Française de Sociologie*, 45(1), 103-132.
- Peretti-Watel, P. (2005). La culture du risque, ses marqueurs sociaux et ses paradoxes. *Revue Economique*, 56(2), 371-392.
- Peretti-Watel, P. & Constance, J. (2009). Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention? *Déviance et Société*, 33(2).
- Peretti-Watel, P., Constance, J., Guilbert, P., Gautier, A., Beck, F. & Moatti, J. P. (2007). Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial, a French survey. *Tobacco Control*, 16(5), 351-356.
- Peretti-Watel, P., Halfen, S. & Grémy, I. (2007). Risk denial about smoking hazards and readiness to quit among French smokers: an exploratory study. *Addictive Behaviors*, 32(2), 377-383.
- Peretti-Watel, P., L'Haridon, O., Seror, V. (2013). Time preferences, socioeconomic status and smokers' behaviours, attitudes and risk awareness. *European Journal of Public Health*, 23(5), 783-788.
- Peretti-Watel, P. & Moatti, J. P. (2009). *Le principe de prévention: Le culte de la santé et ses dérives*. Paris : Seuil.
- Peretti-Watel, P. & Seror, V. (2009). L'évaluation de la lutte antitabac : démêler une toile d'araignée avec des gants de boxe ? *Regards Croisés sur l'Economie*, 5, 201-209.
- Peretti-Watel, P., Seror, V., Constance, J. & Beck, F. (2009). Poverty as a smoking trap. *International Journal of Drug Policy*, 20(3).
- Peretti-Watel, P., Spica, L. (2010). Le stigmatisme, une arme préventive contre les conduites à risque ? *Questions de Santé Publique*, 8.

- Peretti-Watel, P., Wilquin, J. L. & Beck, F. (2008). Les Français et la cigarette en 2005: un divorce pas encore consommé. In F. Beck, P. Guilbert, A. Gauthier (Eds.), *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES.
- Périlleux, T. (2001). *Les tensions de la flexibilité*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Perriot, J., Underner, M., Peiffer, G., Le Houezec, J., Samalin, L., Schmitt, A., ... & Doly-Kuchcik, L. (2012). Helping the “hard-core” smokers. *Revue Des Maladies Respiratoires*, 29(4), 448-461. <http://doi.org/10.1016/j.rmr.2011.09.048>
- Perriot, J. (2003). *Tabacologie et sevrage tabagique*. Paris : John Libbey Eurotext.
- Perriot, J. (2006). La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Revue Des Maladies Respiratoires*, 23(1, Supplement 1), 3S85–3S105.
- Peters, E., Romer, D., Slovic, P., Jamieson, K. H., Wharfield, L., Mertz, C. K. & Carpenter, S. M. (2007). The impact and acceptability of Canadian-style cigarette warning labels among U.S. smokers and nonsmokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(4), 473-481. <http://doi.org/10.1080/14622200701239639>
- Peto, R. (1986). Influence of dose and duration of smoking on lung cancer rates. *IARC Scientific Publications*, 74, 23.
- Peto, R., Darby, S., Deo, H., Silcocks, P., Whitley, E. & Doll, R. (2000). Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *British Medical Journal*, 321(7257), 323-329.
- Petry, N. M., Bickel, W. K. & Arnett, M. (1998). Shortened time horizons and insensitivity to future consequences in heroin addicts. *Addiction*, 93(5), 729-738.
- Pickles, A., Maughan, B. & Wadsworth, M. (2007). *Epidemiological Methods in Life Course Research*. Oxford: Oxford University Press.
- Pisinger, C., Aadahl, M., Toft, U. & Jørgensen, T. (2011). Motives to quit smoking and reasons to relapse differ by socioeconomic status. *Preventive Medicine*, 52(1), 48-52.
- Pluck, G., Lee, K. H., Lauder, H. E., Fox, J. M., Spence, S. A. & Parks, R. W. (2008). Time perspective, depression, and substance misuse among the homeless. *The Journal of Psychology*, 142(2), 159-168.
- 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*, 15(1), 59.
- Pourtois, J.-P. & Desmet, H. (2007). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Bruxelles : Editions Mardaga.
- Powers, W. T. (1973). *Behavior: The control of perception*. Chicago: Aldine.
- Prandy, K. (1990). The Revised Cambridge Scale of Occupations. *Sociology*, 24(4), 629-655. <http://doi.org/10.1177/0038038590024004005>
- Préau, M., Apostolidis, T., Francois, C., Raffi, F. & Spire, B. (2007). Time perspective and quality of life among HIV-infected patients in the context of HAART. *AIDS Care*, 19(4), 449-458. <http://doi.org/10.1080/09540120601017464>
- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Homewood: Dorsey Press.

- Proctor, R. N. (2001). Tobacco and the global lung cancer epidemic. *Nature Reviews Cancer*, 1(1), 82-86.
- Protogerou, C. & Turner-Cobb, J. (2011). Literature Review Predictors of non-condom use intentions by university students in Britain and Greece: The impact of attitudes, time perspective, relationship status, and habit. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 23(2).
- Rachlin, H. (1995). Behavioral economics without anomalies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 64(3), 397-404.
- Rachlin, H., Siegel, E. & Cross, D. (1994). Lotteries and the time horizon. *Psychological Science*, 5(6), 390.
- Rahkonen, O., Lahelma, E. & Huuhka, M. (1997). Past or present? Childhood living conditions and current socioeconomic status as determinants of adult health. *Social Science & Medicine*, 44(3), 327-336. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00102-5](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00102-5)
- Rappange, D. R., Brouwer, W. B. & Van Exel, N. J. A. (2009). Back to the consideration of future consequences scale: Time to reconsider? *The Journal of Social Psychology*, 149(5), 562-584.
- Ratinaud, P. & Déjean, S. (2009). IRaMuTeQ: implémentation de la méthode ALCESTE d'analyse de texte dans un logiciel libre. *Modélisation Appliquée Aux Sciences Humaines et Sociales*, 8-9.
- Ravert, R. D. (2009). You're Only Young Once. *Journal of Adolescent Research*, 24(3), 376-396.
- Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., Siahpush, M. & ITC Collaboration. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(suppl 1), S20-S33.
- Reifman, A., Barnes, G. M., Dintcheff, B. A., Uhteg, L. & Farrell, M. P. (2001). Health values buffer social-environmental risks for adolescent alcohol misuse. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 249.
- Reime, B., Ratner, P. A., Seidenstücker, S., Janssen, P. A. & Novak, P. (2006). Motives for smoking cessation are associated with stage of readiness to quit smoking and sociodemographics among German industrial employees. *American Journal of Health Promotion*, 20(4), 259-266.
- Reinert, M. (1986). Un logiciel d'analyse lexicale. *Les Cahiers de l'Analyse des Données*, 11(4), 471-481.
- Reinert, M. (1993). Les « mondes lexicaux » et leur « logique » à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. *Langage et Société*, 66(1), 5-39.
- Reinert, M. (1997). Les « mondes lexicaux » des six numéros de la revue « le surréalisme au service de la révolution », Cahiers du centre de recherche sur le surréalisme (Mélusine). *L'age d'Homme*, XVI, 270-302.
- Reinert, M. (2001). Alceste, une méthode statistique et sémiotique d'analyse de discours. Application aux rêveries du promeneur solitaire. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 5(49), 32-36.

- Rey, G., Jougl, E., Fouillet, A. & Hémon, D. (2009). Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997 – 2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. *BMC Public Health*, 9(1), 33. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-9-33>
- Reynaud, M. (2006). *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences.
- Reynolds, B., Richards, J. B., Horn, K. & Karraker, K. (2004). Delay discounting and probability discounting as related to cigarette smoking status in adults. *Behavioural Processes*, 65(1), 35-42.
- Ribassin-Majed, L. & Hill, C. (2015). Trends in tobacco-attributable mortality in France. *The European Journal of Public Health*, 1, 5.
- Ribet, C., Gueguen, A., Melchior, M., Singh-Manoux, A., Zins, M. & Goldberg, M. (2008). La position sociale subjective est-elle un bon prédicteur de santé perçue physique et mentale (SF-36) chez les retraités de la cohorte Gazel ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56(5, Supplement), 262. <http://doi.org/10.1016/j.respe.2008.06.034>
- Ribet, C., Melchior, M., Lang, T., Zins, M., Goldberg, M. & Leclerc, A. (2007). Caractérisation et mesure de la situation sociale dans les études épidémiologiques. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 55(4), 285-295. <http://doi.org/10.1016/j.respe.2007.04.001>
- Richard, J. B., Gautier, A., Guignard, R., Léon, C., Beck, F. (2014). *Méthodologie du Baromètre santé 2014*. Saint-Denis : INPES.
- Richmond R. I., Kehoe L. A., Webster I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstention following interventions to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 88, 1127-35.
- Ridde, V. & Guichard, A. (2008). Réduire les inégalités sociales de santé: aporie, épistémologie et défis. Lutter Contre Les Inégalités Sociales de Santé, *Politiques Publiques et Pratiques Professionnelles*, 281.
- Rival, N. (1981). *Tabac, Miroir du temps*. Paris : Perrin,
- Robinson, T. E. & Berridge, K. C. (2003). Incentive-sensitization and drug 'wanting'. *Psychopharmacology*, 171(3), 352-353.
- 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*, 6(1), 147.
- Rogers, E. & Shoemaker, F. (1971). *Communications of innovations: A cross-cultural approach*. London: Collier Macmilan.
- Roncancio, A. M., Ward, K. K. & Fernandez, M. E. (2014). The influence of time perspective on cervical cancer screening among Latinas in the United States. *Journal of Health Psychology*, 19(12), 1547-1553. <http://doi.org/10.1177/1359105313495073>
- Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 427-432.
- Rosenthal, L., Carroll-Scott, A., Earnshaw, V. A., Sackey, N., O'Malley, S. S., Santilli, A. & Ickovics, J. R. (2013). Targeting cessation: Understanding barriers and motivations to

- quitting among urban adult daily tobacco smokers. *Addictive behaviors*, 38(3), 1639-1642.
- Ross, M. (1989). Relation of implicit theories to the construction of personal histories. *Psychological Review*, 96, 341-357.
- Rothspan, S. & Read, S. J. (1996). Present versus future time perspective and HIV risk among heterosexual college students. *Health Psychology*, 15(2), 131-134.
- Rouleau-Berger, L. (1991). Jeunesses et cultures de l'aléatoire : de l'emploi précaire à la socialisation professionnelle. *Rapport glysi*, 1(91).
- Rubin, D. B. (1987). *Multiple imputation for non-response in surveys*. New York: John Wiley & Sons.
- Rudy, J. (2005). *The Freedom to Smoke. Tobacco Consumption and Identity*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Ruiter, R. A. C., Abraham, C. & Kok, G. (2001). Scary warnings and rational precautions: A review of the psychology of fear appeals. *Psychology & Health*, 16(6), 613-630.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68.
- Rychlak, J. F. (1973). *Introduction to personality and psychotherapy: A theory-construction approach*. Boston: Houghton Mifflin.
- Sabbane, L. I., Bellavance, F., Chebat, J. C. (2009). Recency versus repetition priming effects of cigarette warnings on nonsmoking teenagers: the moderating effects of cigarette brand familiarity. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(3), 656-682.
- Sabbane, L. I., Lowrey, T. M., Chebat, J. C. (2009). The effectiveness of cigarette warning label threats on non-smoking adolescents. *The Journal of Consumer Affairs*, 43(2), 332-345.
- Sachs, D. (1993). Nicotine withdrawal medications. *Tobacco Control*, 2, S42-S7.
- Saint Augustin. (401-415). *Les confessions, Livre XI : la creation et le temps*. Paris : Gallimard (ed. 1998).
- Salamone, J. D., Correa, M., Mingote, S. & Weber, S. M. (2003). Nucleus Accumbens Dopamine and the Regulation of Effort in Food-Seeking Behavior: Implications for Studies of Natural Motivation, Psychiatry, and Drug Abuse. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 305(1), 1-8. <http://doi.org/10.1124/jpet.102.035063>
- Sangthong, R., Wichaidit, W., McNeil, E., Chongsuvivatwong, V., Chariyalertsak, S., Kessomboon, P., ... & Aekplakorn, W. (2012). Health behaviors among short- and long- term ex-smokers: Results from the Thai National Health Examination Survey IV, 2009. *Preventive Medicine*, 55(1), 56-60. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.04.022>
- Sansone, G., Fong, G. T., Hall, P. A., Guignard, R., Beck, F., Mons, U., ... & Jiang, Y. (2013). Time perspective as a predictor of smoking status: findings from the International Tobacco Control (ITC) Surveys in Scotland, France, Germany, China, and Malaysia. *BMC Public Health*, 13(1), 346. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-346>
- Sass, C., Guéguen, R., Moulin, J.-J., Abrie, L., Dauphinot, V., Dupré, C., ... & Gerbaud, L. (2006). Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé,

- Epices, à la définition socio-administrative de la précarité. *Santé Publique*, 18(4), 513-522. <http://doi.org/10.3917/spub.064.0513>
- Sayette, M. A., Loewenstein, G., Griffin, K. M. & Black, J. J. (2008). Exploring the cold-to-hot empathy gap in smokers. *Psychological Science*, 19(9), 926.
- Scanlon, P. D., Connett, J. E., Waller, L. A., Altose, M. D., Bailey, W. C., Buist, A. S. & others. (2000). Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 161(2), 381-390.
- Schaap, M. M. & Kunst, A. E. (2009). Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: learning from the experiences of recent scientific studies. *Public Health*, 123(2), 103-109.
- Schacter, D. L., Addis, D. R. & Buckner, R. L. (2007). Remembering the past to imagine the future: the prospective brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(9), 657-661.
- Schafer, J. L. & Graham, J. W. (2002). Missing data: our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7(2), 147.
- Schiaffino, A., Fernandez, E., Kunst, A., Borrell, C., Garcia, M., Borrás, J. M. & Mackenbach, J. P. (2007). Time trends and educational differences in the incidence of quitting smoking in Spain (1965-2000). *Preventive Medicine*, 45(2-3), 226-232.
- Schmeichel, B. J. & Vohs, K. (2009). Self-affirmation and self-control: affirming core values counteracts ego depletion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(4), 770.
- Schmidt, R. W., Lamm, H. & Trommsdorff, G. (1978). Social class and sex as determinants of future orientation (time perspective) in adults. *European Journal of Social Psychology*, 8(1), 71-90.
- Schnapper, D. (1989). Rapport à l'emploi, protection sociale et statuts sociaux. *Revue Française de Sociologie*, 30, 3-29.
- Schnoll, R. A., Martinez, E., Tatum, K. L., Glass, M., Bernath, A., Ferris, D. & Reynolds, P. (2011). Increased self-efficacy to quit and perceived control over withdrawal symptoms predict smoking cessation following nicotine dependence treatment. *Addictive Behaviors*, 36(1-2), 144-147.
- Sennett, R. (1998). *Le travail sans qualités, les conséquences humaines de la flexibilité*. Paris: Albin Michel.
- Sherwood, S. (2007). Discounting and uncertainty: a non-economist's view. *Climatic Change*, 80, 205-212.
- Shipp, A. J., Edwards, J. R. & Lambert, L. S. (2009). Conceptualization and measurement of temporal focus: The subjective experience of the past, present, and future. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 110(1), 1-22.
- Siahpush, M. & Carlin, J. B. (2006). Financial stress, smoking cessation and relapse: results from a prospective study of an Australian national sample. *Addiction*, 101(1), 121-127.
- Siahpush, M., McNeill, A., Borland, R. & Fong, G. T. (2006). Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 15(suppl 3), iii71-iii75.

- Simons, J., Vansteenkiste, M., Lens, W. & Lacante, M. (2004). Placing motivation and future time perspective theory in a temporal perspective. *Educational Psychology Review*, 16(2), 121-139.
- Singh-Manoux, A. & Marmot, M. (2005). Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 60(9), 2129-2133.
- Sircova, A., Vijver, F. J. R. van de, Osin, E., Milfont, T. L., Fieulaine, N., Kislali-Erginbilgic, A., ... & Chorfi, M. S. (2014). A Global Look at Time. *SAGE Open*, 4(1), <http://doi.org/10.1177/2158244013515686>
- Sirois, F. M. (2014). Out of Sight, Out of Time? A Meta-analytic Investigation of Procrastination and Time Perspective. *European Journal of Personality*, 28(5), 511-520. <http://doi.org/10.1002/per.1947>
- Smart, R. G. (1968). Future time perspectives in alcoholics and social drinkers. *Journal of Abnormal Psychology*. *Journal of Abnormal Psychology*, 73(1), 81.
- Smith, G. D., Phillips, A. N. & Neaton, J. D. (1992). Smoking as “independent” risk factor for suicide: illustration of an artifact from observational epidemiology? *The Lancet*, 340(8821), 709-712.
- Smith, G. D., Hart, C., Blane, D. & Hole, D. (1998). Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study. *British Medical Journal*, 316(7145), 1631-1635. <http://doi.org/10.1136/bmj.316.7145.1631>
- Smith, K. H. & Stutts, M. A. (2003). Effects of short-term cosmetic versus long-term health fear appeals in anti-smoking advertisements on the smoking behaviour of adolescents. *Journal of Consumer Behaviour*, 3(2), 157-177. <http://doi.org/10.1002/cb.130>
- Sniehotta, F. F., Penseau, J. & Araujo-Soares, V. (2014). Time to retire the theory of planned behaviour. *Health Psychology Review*, 8(1), 1-7.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological Methodology*, 13(1982), 290-312.
- Sordes-Ader, F. & Tap, P. (2002). Précarité socio-économique et vulnérabilité. *Pratiques Psychologiques*, 4, 66-78.
- Sorensen, G., Barbeau, E., Hunt, M. K. & Emmons, K. (2004). Reducing social disparities in tobacco use: a social-contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers. *American Journal of Public Health*, 94(2), 230-239.
- Sorensen, G., Emmons, K., Stoddard, A. M., Linnan, L. & Avrunin, J. (2002). Do social influences contribute to occupational differences in quitting smoking and attitudes toward quitting? *American Journal of Health Promotion*, 16(3), 135-141.
- Souville, M. (2002). Le savoir et le risque: appropriation et adaptation des connaissances en médecine générale. *Sociétés*, 77(3), 21-36.
- Srivastava, S., Malhotra, S., Harries, A. D., Lal, P. & Arora, M. (2013). Correlates of tobacco quit attempts and cessation in the adult population of India: secondary analysis of the Global Adult Tobacco Survey, 2009–10. *BMC Public Health*, 13(1), 263. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-263>

- Stead, L. F. & Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD001007. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD001007.pub2>
- 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*, 7(4), 333-343.
- Steiger, J. H. & Lind, J. C. (1980). Statistically based tests for the number of common factors. *Annual meeting of the Psychometric Society*.
- Stephan, E., Liberman, N. & Trope, Y. (2010). Politeness and psychological distance: a construal level perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(2), 268.
- Stolarski, M., Wiberg, B., Osin, E. (2015). Assessing Temporal Harmony: The Issue of a Balanced Time Perspective. In M. Stolarski, N. Fieulaine & W. van Beek. *Time Perspective Theory; Review, Research & Application*. New York: Springer.
- Strack, F., Schwarz, N. & Gschneidinger, E. (1985). Happiness and reminiscing: The role of time perspective, affect, and mode of thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(6), 1460-1469. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.49.6.1460>
- Strakowski, S. M., Fleck, D. E., DelBello, M. P., Adler, C. M., Shear, P. K., Kotwal, R. & Arndt, S. (2010). Impulsivity across the course of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12(3), 285-297. doi:10.1111/j.1399-5618.2010.00806.x
- Strand, K. H. (2011). *Behavioral effects of consideration of future consequences and time perspective on self-regulation and procrastination in mastery and performance-oriented college students*. University of Kentucky.
- Strathman, A., Gleicher, F., Boninger, D. S. & Edwards, C. S. (1994). The consideration of future consequences: Weighing immediate and distant outcomes of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(4), 742.
- Sutton, S. (1998). Predicting and explaining intentions and behavior: How well are we doing? *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1317-1338.
- Sutton, S. (2001). Health behavior: Psychosocial theories. In N. J. Smelser & B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. New York: Elsevier.
- Szklo, A. S., Thrasher, J. F., Perez, C., Figueiredo, V. C., Fong, G. & Almeida, L. M. de. (2013). Understanding the relationship between socioeconomic status, smoking cessation services provided by the health system and smoking cessation behavior in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(3), 485-495. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300007>
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F. & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324.
- Taylor Jr, D. H., Hasselblad, V., Henley, S. J., Thun, M. J. & Sloan, F. A. (2002). Benefits of smoking cessation for longevity. *American Journal of Public Health*, 92(6), 990-996.
- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.

- Terracciano, A. & Costa, P. T. (2004). Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Addiction (Abingdon, England)*, 99(4), 472-481. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00687.x>
- Terracciano, A., Lockenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. J. & Costa, P. T. (2008). Five-Factor Model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*, 8(1), 22. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-8-22>
- Teuscher, U. & Mitchell, S. (2011). Relation Between Time Perspective and Delay Discounting: A Literature Review. *The Psychological Record*, 61(4).
- Thaler, R. (1981). Some Empirical Evidence on Dynamic Inconsistency. *Economic Letters*, 8, 201-207.
- Thiébaud, E. (1997). *La perspective temporelle, l'objet de mesure: vers une élucidation conceptuelle*. Thèse de doctorat, Université de Nancy.
- Thiébaud, E. (1998). La perspective temporelle, un concept à la recherche d'une définition opérationnelle. *L'année psychologique*, 98(1), 101-125.
- Thomas, L. V. (1987). Au-delà de la violence et de la passion. In C. Baschet, J. Bataille (Eds.), *La mort à vivre*. Paris : Autrement.
- Thoms, P., Warner, A. G. & Totleben, J. A. (2011). Individual Time Perspective And Alliance Formation Behavior. *Journal of Business & Economics Research*, 4(10).
- Thrasher, J. F., Hammond, D., Fong, G. T., Arillo-Santillán, E. (2007). Smokers' reactions to cigarette package warnings with graphic imagery and with only text: a comparison between Mexico and Canada. *Salud Pública de México*, 49, 233.
- Thrasher, J. F., Niederdeppe, J. D., Jackson, C. & Farrelly, M. C. (2006). Using anti-tobacco industry messages to prevent smoking among high-risk adolescents. *Health Education Research*, 21(3), 325-337.
- Thrasher, J. F., Rousu, M. C., Hammond, D., Navarro, A. & Corrigan, J. R. (2011). Estimating the impact of pictorial health warnings and "plain" cigarette packaging: evidence from experimental auctions among adult smokers in the United States. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 102(1), 41-48. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.06.003>
- Thun, M. J., Apicella, L. F. & Henley, S. J. (2000). Smoking vs other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths: confounding in the courtroom. *Journal of American Medical Association*, 284(6), 706-712.
- Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of Social Policy*, 16(2), 125-146. <http://doi.org/10.1017/S0047279400020341>
- Trannoy, A. (2009). Inégalités de santé : le rôle des transmissions intergénérationnelles. *Economie Publique*, 24-25(1-2).
- Trope, Y. & Liberman, N. (2003). Temporal construal. *Psychological Review*, 110(3), 403.
- Trope, Y. & Liberman, N. (2010). Construal-level theory of psychological distance. *Psychological Review*, 117(2), 440-463. <http://doi.org/10.1037/a0018963>
- Trope, Y. & Liberman, N. (2011). Construal level theory. *Handbook of Theories of Social Psychology*, 1, 118-134.

- USDPHHS. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Vallacher, R. R. & Wegner, D. M. (1987). What do people think they're doing? Action identification and human behavior. *Psychological Review*, 94(1), 3.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680.
- Van Beek, W., Berghuis, H., Kerkhof, A. & Beekman, A. (2011). Time Perspective, Personality and Psychopathology: Zimbardo's Time Perspective Inventory in Psychiatry. *Time & Society*, 20(3), 364-374. <http://doi.org/10.1177/0961463X10373960>
- Van Benthuyzen, R. (2008). Time Perspective: A New Construct for Motivation in Second Language Learning. *Journal of Bunkyo Gakuin University*, 8, 49-55.
- Van Der Rijt, G. A. J. & Westerik, H. (2004). Social and cognitive factors contributing to the intention to undergo a smoking cessation treatment. *Addictive Behaviors*, 29(1), 191-198.
- Vangeli, E. & West, R. (2012). Transition towards a "non-smoker" identity following smoking cessation: An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Health Psychology*, 17(1), 171-184.
- Von Gernet, A. (1992). Hallucinogens and the Origins of the Iroquoian Pipe/Tobacco/Smoking Complex. *Proceedings of the 1989 Smoking Pipe Conference*. Rochester: Research Records.
- Wallace, M. & Rabin, A. I. (1960). Temporal experience. *Psychological Bulletin*, 57(3), 213.
- Ward, M. M., Guthrie, L. C. & Butler, S. C. (2009). Time perspective and socioeconomic status: a link to socioeconomic disparities in health? *Social Science & Medicine*, 68(12), 2145-2151.
- Wardle, J. & Steptoe, A. (2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(6), 440-443.
- Webb, T. L. & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132, 249-268.
- Webster, J. D. (2011). A new measure of time perspective: Initial psychometric findings for the Balanced Time Perspective Scale (BTPS). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43, 111-118. doi:10.1037/a0022801
- West, R. (2005). Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100(8), 1036-1039.
- West, R. (2006). *Theory of Addiction*. Oxford: Blackwells.
- West, R., McEwen, A., Bolling, K. & Owen, L. (2001). Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. *Addiction*, 96(6), 891-902.
- Whitaker, K. L., Good, A., Miles, A., Robb, K., Wardle, J. & von Wagner, C. (2011). Socioeconomic inequalities in colorectal cancer screening uptake: Does time perspective play a role? *Health Psychology*, 30(6), 702-709. doi:10.1037/a0023941

- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., ... & ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104. <http://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
- Wills, T. A., Ainette, M. G., Stoolmiller, M., Gibbons, F. X. & Shinar, O. (2008). Good self-control as a buffering agent for adolescent substance use: an investigation in early adolescence with time-varying covariates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 459.
- Wills, T. A., Sandy, J. M. & Yaeger, A. M. (2001). Time perspective and early-onset substance use: a model based on stress-coping theory. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(2), 118-125.
- Wills, T. A. & Stoolmiller, M. (2002). The role of self-control in early escalation of substance use: A time-varying analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 986-997. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.986>
- 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*, 18(3), 292-303.
- Witte, K. & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior*, 27(5), 591-615.
- Worrell, F. C. & Mello, Z. R. (2007). The reliability and validity of Zimbardo Time Perspective Inventory scores in academically talented adolescents. *Educational and Psychological Measurement*, 67(3), 487-504.
- Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987 (Vol. 4074)*. Paris : Direction des journaux officiels.
- Wyckoff, E. (1997). « *Dry Drunk* ». Exposition (20 sept. 1997 – 3 janv. 1998), The New York Public Library, Center for the Humanities.
- Yi, R., Johnson, M. W., Giordano, L. A., Landes, R. D., Badger, G. J., Bickel, W. K. (2008). The effect of reduced cigarette smoking on discounting future rewards: an initial evaluation. *The Psychological Record*, 58, 163-174.
- Yong, H. H., Borland, R. & Siahpush, M. (2005). Quitting-related beliefs, intentions, and motivations of older smokers in four countries: findings from the international tobacco control policy evaluation survey. *Addictive Behaviors*, 30(4), 777-788. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.08.023>
- Zaleski, Z. E. (1994). *Psychology of future orientation*. Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Zaleski, Z. E. (1996). Future anxiety: Concept, measurement, and preliminary research. *Personality and Individual Differences*, 21(2), 165-174.
- Zeitlin, J., Lasbeur, L., Kaminski, M., Ancel, P. Y., du Mazaubrun, C. & groupe Epipage – Île-de-France. (2006). Analyser les inégalités socio-économiques de santé à partir des données du recensement. L'exemple de la grande prématurité à Paris-Petite couronne. *Population*, 61.

- Zhang, J. W. & Howell, R. T. (2011). Do time perspectives predict unique variance in life satisfaction beyond personality traits? *Personality and Individual Differences*, 50(8), 1261-1266. doi:10.1016/j.paid.2011.02.021
- Zhang, J. W., Howell, R. T. & Stolarski, M. (2013). Comparing three methods to measure a balanced time perspective: The relationship between a balanced time perspective and subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 169-184.
- Zhou, X., Nonnemaker, J., Sherrill, B., Gilsenan, 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*, 34(4), 365-373. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.013>
- Zimbardo, P. G. & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271.
- Zimbardo, P. G. & Boyd, J. (2009). *The Time Paradox. The New Psychology of Time That Will Change Your Life*. New York: Atria Books.
- Zimbardo, P. G., Haney, C., Banks, W. C. & Jaffe, D. (1973). A Pirandellian prison: The mind is a formidable jailer. *New York Times Magazine*, 8, 38-60.
- Zimbardo, P. G., Keough, K. & Boyd, J. (1997). Present time perspective as a predictor of risky driving. *Personality and Individual Differences*, 23, 1007-1023. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00113-X](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00113-X)
- Zimbardo, P., Sword, R. & Sword, R. (2012). *The Time Cure: Overcoming PTSD with the New Psychology of Time Perspective Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Zuckerman, M., Ball, S. & Black, J. (1990). Influences of sensation seeking, gender, risk appraisal, and situational motivation on smoking. *Addictive Behaviors*, 15(3), 209-220.

Liste des abréviations

AIC : Akaike Information Criterion

AMOS : Analysis of Moment Structures

ANOVA : Analysis Of Variance

Att + : Attitudes Positives

Att - : Attitudes Négatives

ATS : Attitudes Towards Smoking

BIC : Bayesian Information Criterion

BTPS : Balanced Time Perspective Scale

CDSH : Commission on Social Determinants of Health

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examen de santé

CFCS : Consideration of Future Consequences Scale

CFES : Comité d'Education pour la Santé

CFI : Comparative Fit Index

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNCT : Comité National de Lutte contre le Tabagisme

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

DC : Désir de Contrôle

DL : Degrés de Liberté

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'examen de santé

F : Futur

FN : Futur Négatif

FTND : Fagerström Test for Nicotine Dependence

GFI : Goodness of Fit Index

GRePS : Groupe de Recherche en Psychologie Sociale

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMD : Index of Multiple Deprivation

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National pour la Santé et la Recherche Médicale
ITC : International Tobacco Control
ITPN : International Time Perspective Network
Neo Pi-R : Inventaire de Personnalité Révisé
OMS : Organisation mondiale de la Santé
OR : Odds-ratio
PCS : Professions et Catégories Socio-professionnelles
PdV : Perdus de Vue
PF : Présent Fataliste
PH : Présent Hédoniste
PN : Passé Négatif
PP : Passé Positif
PT : perspective temporelle
Reg. Log : Régression Logistique
RGP : Recensements Généraux de la Population
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
RMSEA : Root Mean Square Error of Approximation
RR : Risque Relatif
RSA : Revenu de Solidarité Active
SD : Standard Deviation
SEITA : Service d'Exploitation Industrielle du Tabac
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
UCE : Unités de Contexte Élémentaires
TCQ : Tobacco Craving Questionnaire
TLI : Tucker-Lewis Index
USDPHHS : United States Department of Health and Human Services
VP : Valeur Propre
ZTPI : Zimbardo Time Perspective Inventory

Index des tableaux

Tableau I : Thèmes du guide d'entretien.....	133
Tableau II : Description socio-démographique des populations recrutées en centres de tabacologie et sur internet	135
Tableau III : Description socio-économique des populations recrutées en centres de tabacologie et sur internet	136
Tableau IV : Caractéristiques tabagiques des populations recrutées en centres de tabacologie et sur Internet.....	137
Tableau V : Analyse en composantes principales rotation Varimax de l'échelle ZTPI, solution à cinq facteurs pour la population en centres de tabacologie	139
Tableau VI : Caractéristiques et intercorrélations des dimensions de la perspective temporelle dans la population en centres de tabacologie	140
Tableau VII : Analyse en composantes principales rotation Varimax de l'échelle ZTPI, solution à cinq facteurs pour la population Online	141
Tableau VIII : Caractéristiques et intercorrélations des dimensions de la perspective temporelle dans la population Online.....	142
Tableau IX : Résultats des analyses factorielles confirmatoires pour une structure en cinq facteurs de la ZTPI dans les populations en centres de tabacologie et online.....	142
Tableau X : Résumé des items de la ZTPI-15 présentant les plus fortes saturations.....	143
Tableau XI : Les huit items de la dimension « Futur Négatif » de la perspective temporelle tels que proposés par Carelli et al. (2011, 2015).....	143
Tableau XII : Traduction des huit items de la dimension « Futur Négatif » de la perspective temporelle tels que proposés par Carelli et al. (2011, 2015).....	144
Tableau XIII : Caractéristiques et intercorrélations des dimensions de la perspective temporelle dans la population centres de tabacologie	145
Tableau XIV : Caractéristiques et intercorrélations des dimensions de la perspective temporelle dans la population	146
Tableau XV : Résultats des analyses factorielles confirmatoires pour une structure en six facteurs de la ZTPI dans les populations en centres de tabacologie et online.....	146
Tableau XVI : Résumé des items de la ZTPI en six dimensions présentant les plus fortes saturations.....	147

Tableau XVII : Caractéristiques des patients perdus de vue à 6 mois et 1 an dans les populations en centres de tabacologie et Online	149
Tableau XVIII : Effectifs des patients suivis, perdus de vue ou ayant abandonné l'enquête à 6 mois et 1 an dans les populations en centres de tabacologie et Online	149
Tableau XIX : Niveau de précarité moyen dans les populations en centres de tabacologie et Online	155
Tableau XX : Analyses de variances et régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe des indicateurs de statut socio-économique sur le niveau de précarité dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	155
Tableau XXI : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe du niveau de précarité sur la perception de l'environnement dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	156
Tableau XXII : Coefficients de corrélation et de régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe du niveau de précarité sur les dimensions de la perspective temporelle dans les populations en centres de tabacologie et Online	157
Tableau XXIII : Coefficients de régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe du niveau de précarité sur la stabilité perçue de l'environnement dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	158
Tableau XXIV : Coefficients de régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe de la stabilité perçue de l'environnement sur les sous-dimensions de la perspective temporelle dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	158
Tableau XXV : Effets médiateurs des liens entre le niveau de précarité et les sous-dimensions de la perspective temporelle par la stabilité perçue dans la population en centres de tabacologie	159
Tableau XXVI : Significativité des liens entre les indicateurs de statut socio-économique et variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	162
Tableau XXVII : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe du niveau de précarité sur les variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online	163
Tableau XXVIII : Significativité des régressions logistiques binaires contrôlées par l'âge et le sexe du niveau de précarité sur la réalisation d'une tentative d'arrêt supérieure à sept jours lors du suivi dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	163
Tableau XXIX : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe des sous-dimensions de la perspective temporelle sur les variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	166
Tableau XXX : Interactions entre les sous dimensions de la perspective temporelle sur les variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	167

Tableau XXXI : Interactions entre les sous-dimensions de la perspective temporelle sur l'intention d'arrêt dans les populations en centres de tabacologie.....	169
Tableau XXXII : Effets médiateurs des liens entre le niveau de précarité et les variables tabagiques par les sous-dimensions de la perspective temporelle dans la population en centres de tabacologie.....	171
Tableau XXXIII : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe des variables tabagiques sur l'intention comportementale dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	172
Tableau XXXIV : Coefficients des régressions logistiques binaires contrôlées par l'âge et le sexe des variables tabagiques sur les tentatives d'arrêt supérieures à sept jours dans les populations en centres de tabacologie et Online	173
Tableau XXXV : Caractéristiques et items correspondant aux niveaux de représentation dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	175
Tableau XXXVI : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe des sous-dimensions de la perspective temporelle sur les niveaux de représentation dans les populations en centres de tabacologie et Online	176
Tableau XXXVII : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe des niveaux de représentation sur les variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	177
Tableau XXXVIII : Perception de la distance par rapport à l'arrêt, aux risques de maladies, effets positifs et négatifs du tabagisme et de l'arrêt dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	179
Tableau XXXIX : Coefficients de régression contrôlées par l'âge et le sexe de la distance perçue à l'arrêt sur les variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	180
Tableau XL : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe de la distance perçue à l'arrêt sur les niveaux de représentation dans les populations en Centres de tabacologie et Online.....	180
Tableau XLI : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe du niveau de précarité et de la perspective temporelle sur le désir de contrôle dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	182
Tableau XLII : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe du désir de contrôle sur les variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	183
Tableau XLIII : Interactions entre les sous-dimensions de la perspective temporelle et le désir de contrôle sur les variables tabagiques dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	183

Tableau XLIV : Interaction de la dimension Futur Négatif et du désir de contrôle sur l'intention d'arrêt du tabagisme dans la population en centres de tabacologie.....	185
Tableau XLV : Coefficients des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe des sous-dimensions de la perspective temporelle sur les distances perçues des risques de maladie, effets négatifs et positifs du tabagisme et de l'arrêt dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	186
Tableau XLVI : Interaction entre les sous-dimensions de la perspective temporelle et le désir de contrôle sur les distances perçues du risque de maladie, des effets positifs et négatifs du tabagisme et de l'arrêt dans les populations en centres de tabacologie et Online.....	187
Tableau XLVII : Caractéristiques des fumeurs interviewés	190
Tableau XLVIII : Thèmes et fréquence de citation spontanée extraits de l'analyse thématique manuelle des entretiens semi-directifs	192
Tableau XLVIX : Classes extraites de l'analyse Alceste.....	204
Tableau L : Extrait des formes caractéristiques des classes extraites par analyse Alceste	206

Index des figures

Figure 1 : Plus ancienne représentation d'un fumeur – Dieu maya (1er siècle ; d'après Proctor, 2001).....	21
Figure 2 : Plante tabac – <i>Nicotiana tabacum</i>	22
Figure 3 : Affiches des campagnes de prévention anti-tabac.....	31
Figure 4 : Affiches des campagnes publicitaires et de prévention.....	32
Figure 5 : Défilé des suffragettes - New York, 1929	34
Figure 6 : Campagnes publicitaires et de prévention ciblant les femmes	34
Figure 7 : Campagne de prévention européenne – Images mises à disposition par la Commission européenne	35
Figure 8 : Description de la journée type du fumeur, d'après Chapman (1993).....	38
Figure 9 : Evolution du prix moyen du paquet de cigarettes	39
Figure 10 : Evolution de la prévalence du tabagisme selon le niveau socio-économique	43
Figure 11 : Modèle de la life course epidemiology.....	47
Figure 12 : Représentation schématique du modèle transthéorique.....	71
Figure 13 : Probabilités de transition sur 6 mois entre les stades du modèle transthéorique...	71
Figure 14 : Représentation du modèle du comportement planifié	73
Figure 15 : Représentation schématique du modèle PRIME	74
Figure 16 : Modèle PRIME.....	74
Figure 17 : Modèle de l'autorégulation temporelle, d'après Hall & Fong (2007)	76
Figure 18 : Distribution temporelle des coûts/bénéfices perçus concernant l'activité physique, d'après Hall & Fong (2007)	96
Figure 19 : Boucle de feedback négatif.....	98
Figure 20 : Organisation hiérarchique des buts et moyens	99
Figure 21 : Ancrage temporel des coûts/bénéfices associés au tabagisme et à l'arrêt	105
Figure 22 : Modélisation théorique du comportement d'arrêt du tabagisme	151

Figure 23 : Modélisation du comportement d'arrêt, population en centres de tabacologie ...	152
Figure 24 : Modélisation du comportement d'arrêt, population online	153
Figure 25 à 43 : Représentations graphiques des effets d'interaction.....	153
Figures 44 : Dendrogramme de la classification hiérarchique descendante obtenue par analyse Alceste	203
Figure 45 : Analyse factorielle des correspondances	204

Annexes

Index des annexes

Annexe I : Tableaux récapitulatifs de la revue de littérature – Statut socio-économique et arrêt du tabagisme	284
Annexe II : Questionnaire initial de l'enquête longitudinale	294
Annexe III : Questionnaire de suivi de l'enquête longitudinale	313
Annexe IV : Questionnaire final de l'enquête longitudinale	324
Annexe V : Questionnaire perdus de vue, phase de suivi	335
Annexe VI : Questionnaire perdus de vue, phase finale	337
Annexe VII : Analyses statistiques de la modélisation en équations structurelles – centres de tabacologie	339
Annexe VIII : Analyses statistiques de la modélisation en équations structurelles – Online	347
Annexe IX : Verbatim de quatre entretiens caractéristiques	355

Annexe I

Tableaux récapitulatifs de la revue de littérature – Statut socio-économique et arrêt du tabagisme

Tableau I : Effet du statut socio-économique sur l'intention d'arrêter le tabagisme

Auteur Pays – Année	Type d'étude Effectif	Critères statut socio-économique	Résultats
Droomers & Al. (2004)	Etude transversale N=602	Niveau d'éducation (4 catégories basées sur le nombre d'années d'études)	Intention d'arrêter Très faible : 1.0 - Bas : 0.73 - Haut : 0.57 - Très haut : 0.61
Hollande 1997	Fumeurs issus d'un échantillon représentatif de la population		
Dotinga & Al. (2005)	Etude transversale N=2009	Voisinage Manque matériel (O/N) Problèmes financiers (O/N) Statut et type d'emploi	Les différentes variables socio-économiques ne sont pas liées à l'intention comportementale.
Hollande 1999	Tirage aléatoire de sujets hollandais âgés 20 à 46 ans, vivant autour de Rotterdam		
Siahpush & Al. (2006)	Etude descriptive N=8205	Niveau d'éducation (3 catégories basées sur le plus haut niveau atteint) Revenus (3 catégories organisant la population en terciles)	Absence d'intention d'arrêter <i>Education</i> Bas : 1.40* - Moyen : 1.20* - Haut : 1.0 <i>Revenus</i> Bas : 1.23* - Moyen : 1.07 - Haut : 1.0
Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni, Australie 2001	Echantillon représentatif de la population		
Reid & Al. (2010)	Cohorte longitudinale N=16458	Niveau d'éducation (3 catégories : collège et inférieur ; lycée/Bac ; > Bac) Revenus (3 catégories : ≤\$30,000/£15,000 ; \$30,000- 59,000/£15,000-30,000 ; \$60,000+ / >£30,000)	Intention d'arrêter un jour <i>Education</i> Bas : 1.0 - Moyen : 1.32* - Haut : 1.36* <i>Revenus</i> Bas : 1.0 - Moyen : 1.18* - Haut : 1.26* Intention d'arrêter à 6 mois <i>Education</i> Bas : 1.0 - Moyen : 1.21* - Haut : 1.38* <i>Revenus</i> Bas : 1.0 - Moyen : 1.05 - Haut : 1.17*
Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni, Australie 2002-2007	Echantillon représentatif de la population		

Fagan & Al. (2007) Etats-Unis 2003	Etude transversale N=7912 Jeunes fumeurs entre 18 et 30 ans en population générale	Statut emploi (avec/sans travail) Revenus (3 catégories : < \$25,000 ; \$25,000-\$49,999 ; ≥ \$50,000)	Intention arrêt à 6 mois <i>Statut emploi</i> En emploi : 1.0 - Sans emploi : 1.49* - Actif : 0.80 <i>Revenus</i> <\$25 000 : 0.87 - \$25 000-\$49 000 : 0.76* - ≥\$50000 : 1.00
Aubin & Al. (2010) France 2006-2008	Cohorte longitudinale N=6032 Echantillon représentatif de la population	Statut emploi (O/N)	L'intention d'arrêter le tabagisme n'est pas liée aux variables sociodémographiques.
Djikanovic & Al. (2013) Serbie 2006	Etude transversale N=5905 Echantillon représentatif de la population	Index de richesse : qualité de logement, équipement mobilier (quintiles) Niveau d'éducation (3 catégories basées sur le niveau maximum atteint)	Intention d'arrêt <i>Index de richesse</i> 5ème quintile (+ riches) : 1.0 - 4ème : 1.02 - 3ème : 1.16 - 2ème : 1.22 - 1er : 0.72* <i>Education</i> >12 ans d'études : 1.0 - 9-12 ans : 0.85 - ≤ 8 ans : 0.62*
Kotz & West (2009) Angleterre 2006-2008	Etude transversale N=6950 Echantillon représentatif de la population	Grade social défini par la classification nationale de statistiques socio- économiques	Arrêt du tabagisme Pas de gradient social dans les intentions d'arrêt. Les fumeurs de bas statut socio-économique sont plus à même d'utiliser un traitement de substitution. Ils utilisent autant les centres d'aide à l'arrêt du tabagisme. Plus le statut socio-économique est bas, moins ils ont de chances de réussir leur sevrage : AB : 1.0 - C1 : 0.79 - C2 : 0.67* - D : 0.68* - E : 0.50*

Note : * : < 0,05 ; ** : < 0,01 ; *** : < 0,001

Index des abréviations : O/N : Oui/Non

Tableau II : Effet du statut socio-économique sur les comportements d'arrêt du tabac et la réussite du sevrage

Lillard & Al. (2007) Etats-Unis 1995-1998 ; 2000	Cohorte longitudinale NCS (N=31425) + étude transversale NHIS (N=8291) Echantillons représentatifs de la population	Statut emploi Revenus du foyer Niveau d'éducation (4 catégories basées sur le plus haut niveau atteint) Assurance médicale (4 catégories : assurance privée ; Medicaid ; Plusieurs assurances ; aucune)	Tentatives d'arrêt Revenus ménage, statut emploi : NS <i>Education</i> Bac : 1.0 - < Bac NCS 1.04 NHIS 1.03 - Niveau universitaire : NCS 1.24*** NHIS 1.33*** - Diplôme universitaire : NCS 1.16*** NHIS 1.33*** <i>Assurance médicale</i> Assurance privée : 1.0 - Medicaid NCS 1.11* NHIS 1.10 - Plusieurs assurances NCS 0.91 NHIS 1.19** - Pas d'assurance NCS 0.83*** NHIS 0.85*** Réussite <i>Statut emploi</i> En emploi NCS 1.00 NHIS 0.84* <i>Revenus</i> Pas d'effet <i>Education</i> Bac : 1.0 - < Bac 0.89 NHIS 1.15 - Niveau universitaire : NCS 1.15*** NHIS 1.23** - Diplôme universitaire : NCS 1.34*** NHIS 1.67*** <i>Assurance médicale</i> Assurance privée : 1.0 - Medicaid NCS 0.92 NHIS 0.72** - Plusieurs assurances 0.77 NHIS 0.88 - Pas d'assurance NCS 0.88** NHIS 0.70*** Les fumeurs avec un bas niveau d'éducation sont plus à même de participer à un programme d'arrêt du tabagisme (OR=1.20*) ou d'utiliser un traitement de substitution (OR=1.22*) Le type de couverture médicale conditionne la méthode d'arrêt. Meilleure est la couverture médicale, plus grande est la probabilité d'utiliser une aide à l'arrêt.

Biener & Al. (2010)	Cohorte longitudinale N=2635	Niveau d'éducation (2 catégories : niveau universitaire 0/N)	Tentative d'arrêt <i>Education</i> Inférieur à université : 1.00 - Niveau universitaire : 0.858 <i>Revenus</i> < \$50 000 : 1.00 - ≥ \$50 000 : 1.26
Etats-Unis 2001-2006	Fumeurs, jeunes (18-30 ans) et ex-fumeurs récents	Revenus (2 catégories : ≤\$50,000 ; > \$50,000)	Tentative de plus de 3 mois <i>Education</i> Inférieur à université : 1.00 - Niveau universitaire : 1.45* <i>Revenus</i> < \$50 000 : 1.00 - ≥ \$50 000 1.16
Hiscock & Al. (2011)	Cohortes longitudinales N=2397	Score position socio- économique calculé à partir du logement, emploi...	Tentatives d'arrêt et réussite <i>Statut socio-économique</i> <u>Angleterre</u> 0-1 : 1.0 - 5 : 2.5* <u>Glasgow</u> 0-1 : 1.0 - 5 : 9.1*
Royaume-Uni 2001-2003 ; 2007	Fumeurs souhaitant arrêter de fumer. Suivi en groupe ou face à face, traitement de substitution fourni		
Marti (2010)	Etudes transversales N=19622	Niveau d'éducation (3 catégories : basique ; secondaire ; supérieur)	Réussite arrêt <i>Education</i> Hommes : Obligatoire : 1.0 - Secondaire : 1.13 - Supérieur : 1.39* Femmes : Obligatoire : 1.0 - Secondaire : 1.40** - Supérieur : 1.78***
Suisse 2001-2007	Fumeurs avec tentative d'arrêt récente	Revenus (3 catégories : 0-≤ CHF 4,000; CHF 4,001- 8,000 ; > CHF 8,000)	<i>Revenus</i> Hommes : <4000 CHF : 1.0 - 4000-8000 CHF : 1.13 > 8000 CHF : 1.65*** Femmes : <4000 CHF : 1.0 - 4000-8000 CHF : 1.27** > 8000 CHF : 1.47***

Nagelhout & Al. (2012) Hollande 2001-2008	Etudes transversales N=144733 Fumeurs répondant régulièrement à des enquêtes en ligne	Niveau d'éducation (3 catégories basées sur le niveau maximum atteint) Revenus (3 catégories organisées en terciles)	Tentatives d'arrêt <i>Femmes (2008)</i> <u>Education</u> Bas : 0.56* - Moyen : 0.73* - Haut : 1.0 <u>Revenus</u> Bas : 0.56* - Moyen : 0.78* - Haut : 1.0 Augmentation des inégalités entre 2001 et 2008 <i>Hommes (2008)</i> <u>Education</u> Bas : 0.84* - Moyen : 0.83* - Haut : 1.0 <u>Revenus</u> Bas : 0.76* - Moyen : 1.05 - Haut : 1.0 Pas d'augmentation des inégalités entre 2001 et 2008
Hyland & Al. (2006) Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni, Australie 2002-2003	Cohorte longitudinale N=6682 Fumeurs en population générale	Education (3 catégories : <Lycée ; Niveau Lycée ; Supérieur) Revenus (3 catégories : <\$30,000; \$30,000-\$59,999 (£30,000-£44,999) ; ≥ \$60,000 (£45,000))	Tentative d'arrêt <i>Education</i> Pas d'effet <i>Revenus</i> Bas : 1.0 - Moyen : 0.88 - Haut : 0.86 - Pas de réponse : 0.77*
Reid & Al. (2010) Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni, Australie 2002-2007	Cohorte longitudinale N=16458 Echantillon représentatif de la population	Niveau d'éducation (3 catégories : collège et inférieur ; lycée/Bac ; > Bac) Revenus (3 catégories : ≤\$30,000/£15,000 ; \$30,000-59,000/£15,000-30,000 ; \$60,000+ />£30,000)	Tentative d'arrêt <i>Education</i> Bas : 1.0 - Moyen : 1.06 - Haut : 1.19* Pas d'effet du revenu Durée de l'arrêt <i>Education</i> <u>1 mois</u> : NS <u>6 mois</u> : Bas : 1.0 - Moyen : 0.99 - Haut : 1.30 <u>12 mois</u> : NS <i>Revenus</i> <u>1 mois</u> : Bas : 1.0 - Moyen : 1.07 - Haut : 1.30* <u>6 mois</u> : NS <u>12 mois</u> : NS

Fagan & Al. (2007)	Etude transversale N=7912	Statut emploi (avec/sans travail) Revenus (3 catégories : < \$25,000 ; \$25,000-\$49,999 ; ≥ \$50,000)	Tentatives d'arrêt <i>Statut emploi</i> En emploi : 1.00 - Chômage : 1.01 - Inactif : 0.82*
Etats-Unis 2003	Jeunes fumeurs entre 18 et 30 ans en population générale		
Legleye & Al. (2011)	Etudes transversales N=25239	Niveau d'éducation (5 catégories : sans diplôme ; Collège ; Lycée ; Bac+1+2 ; > Bac+2)	Arrêt avant 40 ans (Nés entre 1946-1965) <u>Hommes</u> ≥ Bac+3 : 1.0 - Bac+1, +2 : 1.05 - Lycée : 1.01 - Collège : 0.85 - Sans diplôme : 0.73* <u>Femmes</u> ≥ Bac+3 : 1.0 - Bac+1, +2 : 0.94 - Lycée : 0.76* - Collège : 0.66* - Sans diplôme : 0.56* (Nés entre 1939-1945) <u>Hommes</u> ≥ Bac+3 : 1.0 - Bac+1, +2 : 1.27 - Lycée : 1.83* - Collège : 1.21 - Sans diplôme : 0.85 <u>Femmes</u> ≥ Bac+3 : 1.0 - Bac+1, +2 : 1.01 - Lycée : 1.18 - Collège : 0.76 - Sans diplôme : 0.55 (Nés entre 1966-1987) <u>Hommes</u> ≥ Bac+3 : 1.0 - Bac+1, +2 : 0.88 - Lycée : 0.90 - Collège : 0.69* - Sans diplôme : 0.58* <u>Femmes</u> ≥ Bac+3 : 1.0 - Bac+1, +2 : 0.87 - Lycée : 0.70* - Collège : 0.50* - Sans diplôme : 0.43*
France 2004-2005	Echantillon représentatif de la population		

Zhou & Al. (2009) Etats-Unis, Royaume-Uni, France, Canada, Espagne 2004-2005	Cohorte longitudinale N=2431 Fumeurs utilisant Internet	Niveau d'éducation (> Lycée ou 14 ans d'études en fonction des pays) Revenus du ménage (basé sur le revenu médian du pays) Statut emploi (O/N)	Tentatives d'arrêt Haut vs Bas niveau d'éducation : 0.94 Revenus du foyer : 1.04 En emploi vs autre : 1.10 Rechutes Haut vs Bas niveau d'éducation : 0.94 Revenus du foyer : 1.04 En emploi vs autre : 0.82 Abstinence à 6 mois Utilisation d'un traitement de substitution : 3.0* en phase 1 ; 2.1 en phase 2
Bricard & Jusot (2012) France 2006	Etude transversale N=4473 Echantillon représentatif de la population française	Profession du père (CSP) Niveau d'étude et profession des parents Précarité dans l'enfance Niveau d'études (3 catégories), profession, revenus	Arrêt du tabagisme <i>Profession du père</i> Ouvrier : 1.0 - Agriculteur : 1,52*** - Artisan/commerçant : 1,35* - Cadre dirigeant et prof. : 1,53*** - Employé : 1,25 <i>Niveau d'études du père</i> Non scolarisé ou primaire : 1.0 - 1er ou 2nd : 1,28** - Études sup. : 1,34** <i>Profession de la mère</i> Ouvrière : 1.0 - Agricultrice : 1,42* - Artisane/commerçante : 1,44* - Cadre dirigeant et prof. : 1,32 - Employée : 1,28* - Inactive : 1,02 <i>Niveau d'études de la mère</i> Non scolarisée ou primaire : 1.0 - Premier cycle ou second cycle : 1,36*** - Études sup. : 1,16 <i>Épisode de précarité</i> Aucun épisode de précarité : 1.0 - Précarité pendant l'enfance : 0,77 <i>Niveau d'études de l'enquêté</i> Primaire : 1.0 1er cycle ou 2nd cycle : 1,35* - Études sup. : 2,51*** <i>Profession de l'enquêté</i> Ouvrier : 1.0 - Agriculteur : 0,85 - Artisan/commerçant : 1,60** - Cadre dirigeant et prof. intermédiaire : 2,03*** - Employé : 1,31* - Inactif : 0,56 <i>Revenu de l'enquêté</i> Premier quintile : 1.0 - Deuxième quintile : 1,52** - Troisième quintile : 1,75*** - Quatrième quintile : 2,13*** - Cinquième quintile : 2,78***

Djikanovic & Al. (2013)	Etude transversale N=5905	Index de richesse : qualité de logement, équipement mobilier (quintiles) Niveau d'éducation (3 catégories basées sur le niveau maximum atteint)	Arrêt du tabagisme <i>Index de richesse</i> 5ème quintile (+ riches) : 1.0 - 4ème : 1.06 - 3ème : 0.97 - 2ème : 0.88 - 1er : 0.69* <i>Education</i> >12 ans d'études : 1.0 - 9-12 ans : 0.78* - ≤ 8 ans : 0.54*
Serbie 2006	Echantillon représentatif de la population		
Kotz & West (2009)	Etude transversale N=6950	Grade social défini par la classification nationale de statistiques socio-économiques	Arrêt du tabagisme Les fumeurs de bas statut socio-économique sont plus à même d'utiliser un traitement de substitution. Ils utilisent autant les centres d'aide à l'arrêt du tabagisme. Plus le statut socio-économique est bas, moins les fumeurs ont de chances de réussir leur sevrage : Cadres : 1.0 - Employés : 0.79 - Ouvriers qualifiés : 0.67* - Ouvriers : 0.68* - Sans emploi : 0.50*
Angleterre 2006-2008	Echantillon représentatif de la population		
Merson & Perriot (2011)	Etude longitudinale N=200 Fumeurs en consultation de sevrage tabagique Prise en charge selon les recommandations. Traitements de substitution aux frais des patients	Score de précarité EPICES [12]	Réussite à 3 mois Précaires : 39,8% - Non précaires : 59,6%**
France 2009			
Srivastava & Al. (2013)	Etude transversale N=61664	Niveau d'éducation (4 catégories basées sur le niveau maximum atteint) Possessions matérielles (5 catégories) Statut emploi (O/N)	Tentatives d'arrêt <i>Niveau d'études</i> Pas d'éducation : 1.00 - Primaire : 1.14* - Secondaire : 1.45* - Sup.: 1.77* <i>Statut emploi</i> Sans emploi : 1.00 - Avec emploi : 1.05 <i>Niveau de patrimoine</i> Très faible : 0.82* - Faible : 0.88 - Moyen : 0.90 - Elevé : 0.87 - Très élevé : 1.00 Réussite de l'arrêt Pas d'effet niveau d'éducation ou statut emploi <i>Niveau de patrimoine</i> Très faible : 0.72* - Faible : 0.73* - Moyen : 0.76* - Elevé : 0.82 - Très élevé : 1.00
Inde 2009-2010	Echantillon représentatif de la population		

Businelle & Al. (2010)	Cohorte longitudinale N=424	Education (nombre d'années), revenus (2 catégories, seuil à \$20,000), assurance (O/N), statut emploi (O/N), Qualité du voisinage	Sevrage tabagique à 4 semaines 1 chemin : Statut socio-économique → Soutien social → Affects négatifs/Stress → Auto- efficacité → Arrêt à 1 mois
Etats-Unis 2010	Fumeurs tout-venant motivés à l'arrêt Prise en charge selon les recommandations (substitution, TCC), traitement de substitution fourni Compensation financière à chaque session (30\$)		

Note : * : < 0,05 ; ** : < 0,01 ; *** : < 0,001

Index des abréviations : Bac : Baccalauréat ; CHF : Francs suisses ; NCS : National Consumer Study ; NHIS : National Health Interview Survey; NS : Non significatif;
O/N : Oui/Non ; OR : Odd ratio ; Prof. : Profession ; Sup. : Supérieur

Annexe II

Questionnaire initial de l'enquête longitudinale

Enquête ESTAP
- Présentation et consentement -

En signant ce formulaire, vous déclarez consentir à participer à une étude portant sur le sevrage tabagique menée par le laboratoire du GRePS à l'Université de Lyon 2.

Cette étude s'organise sur un an et nécessite trois recueils de données successifs. Pour cela, en plus du questionnaire que vous remplirez aujourd'hui, vous serez recontacté(e) dans 6 mois et dans un an pour le suivi de cette recherche.

A tout moment, vous avez la possibilité de retirer votre consentement à la participation à cette recherche, et cela quelles que soient vos raisons et sans supporter aucune responsabilité. Ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à la qualité des soins qui vous seront donnés.

Les données recueillies sont confidentielles et votre nom n'apparaîtra en aucun cas dans le dossier servant à l'analyse des données. Les données personnelles recueillies durant l'étude feront l'objet d'un traitement informatique anonyme.

Votre consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Vous conservez tous les droits garantis par la loi.

A tout moment vous pouvez demander un complément d'information sur l'étude en contactant Monsieur Frédéric Merson par téléphone au 04-73-14-50-80 ou par email à l'adresse suivante : frederic.merson@cg63.fr.

Ce questionnaire s'intéresse à votre tabagisme et vos conditions de vie actuelles. En le remplissant, vous serez invité(e) à répondre à des questions concernant votre rapport au tabac, le tabagisme de vos proches, vos tentatives d'arrêt précédentes (s'il y en a) ou votre motivation actuelle à l'arrêt.

Vous répondrez également à des questions sur vous et vos conditions de vie telles que votre rapport à l'emploi ou votre logement. Ce questionnaire n'est pas une évaluation, il n'y a donc ni bonnes ni mauvaises réponse et seul votre avis nous intéresse. De plus, nous vous rappelons que les données seront traitées de manière anonyme.

Date :

Nom :

Signature :

1-Ce questionnaire débute par des questions à propos de vous et ce que vous pensez du monde qui vous entoure. Lisez les propositions ci-dessous et répondez en indiquant dans quelle mesure chacune est caractéristique de vous ou s'applique à vous (1 = « Ne me correspond pas du tout » à 5 = « Me correspond tout à fait »). Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, seul votre avis nous intéresse.

	<i>Ne me correspond pas du tout</i>			<i>Me correspond tout à fait</i>	
1. Les images, les odeurs et les sons familiers de mon enfance me rappellent souvent des souvenirs merveilleux.	1	2	3	4	5
2. Penser à mon futur me rend triste.	1	2	3	4	5
3. Je pense souvent à ce que j'aurais dû faire autrement dans ma vie.	1	2	3	4	5
4. Le fait de penser à mon passé me donne du plaisir.	1	2	3	4	5
5. Quand je dois réaliser quelque chose, je me fixe des buts et j'envisage les moyens précis pour les atteindre.	1	2	3	4	5
6. Puisque ce qui doit arriver arrivera, peu importe vraiment ce que je fais.	1	2	3	4	5
7. Les souvenirs heureux des bons moments me viennent facilement à l'esprit.	1	2	3	4	5
8. J'ai souvent l'impression que je ne pourrai pas respecter mes engagements.	1	2	3	4	5
9. C'est important de mettre de l'excitation dans ma vie.	1	2	3	4	5
10. Je n'ai plus aucun plaisir à faire des choses si je dois penser aux objectifs, aux conséquences et aux résultats.	1	2	3	4	5
11. Se préoccuper de l'avenir n'a aucun sens puisque de toute façon je ne peux rien y faire.	1	2	3	4	5
12. Je fais aboutir mes projets à temps en progressant étape par étape.	1	2	3	4	5
13. La nuit, je réfléchis souvent aux défis du lendemain.	1	2	3	4	5
14. Je prends des risques pour mettre de l'excitation dans ma vie.	1	2	3	4	5
15. Je suis capable de résister aux tentations quand je sais qu'il y a du travail à faire.	1	2	3	4	5
16. Le futur contient beaucoup trop de décisions ennuyeuses auxquelles je n'ai pas envie de penser.	1	2	3	4	5
17. Je me trouve toujours entraîné par l'excitation du moment.	1	2	3	4	5
18. Je pense aux mauvaises choses qui me sont arrivées dans le passé.	1	2	3	4	5
19. Je pense aux bonnes choses que j'ai ratées dans ma vie.	1	2	3	4	5
20. Je pense souvent que je n'ai pas le temps de faire tout ce que j'avais prévu dans la journée.	1	2	3	4	5
21. Habituellement, je ne sais pas si je vais être en mesure d'atteindre mes objectifs dans la vie.	1	2	3	4	5
22. Si j'ai une décision à prendre rapidement, j'ai souvent peur que cette décision soit mauvaise.	1	2	3	4	5
23. Je me sens stressé lorsque je ne peux terminer à temps ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5

2-Lisez attentivement les énoncés suivants et répondez en entourant le chiffre qui correspond à votre réponse (1 = Ne me correspond pas du tout ; 7 = Me correspond tout à fait)

	<i>Ne me correspond pas du tout</i>				<i>Me correspond tout à fait</i>			
1. Je préfère une occupation où j'ai beaucoup de contrôle sur ce que je fais et sur quand je le fais.	1	2	3	4	5	6	7	
2. J'aime participer à la politique car je veux avoir mon mot à dire autant que possible dans ce que fait le gouvernement.	1	2	3	4	5	6	7	
3. J'essaie d'éviter les situations où quelqu'un d'autre me dit quoi faire.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Je préférerais être un meneur (leader) plutôt qu'un mené (suivant).	1	2	3	4	5	6	7	
5. J'aime être capable d'influencer les actions des autres.	1	2	3	4	5	6	7	
6. J'ai (j'aurais) soin de vérifier chaque pièce de mon automobile (ou de mes bagages) avant de partir pour un long voyage.	1	2	3	4	5	6	7	
7. Les autres savent habituellement ce qui est le mieux pour moi.	1	2	3	4	5	6	7	
8. J'aime prendre mes propres décisions.	1	2	3	4	5	6	7	
9. J'aime avoir le contrôle sur ma destinée.	1	2	3	4	5	6	7	
10. J'aimerais mieux que quelqu'un d'autre prenne le rôle de meneur lorsque je suis impliqué dans un projet de groupe.	1	2	3	4	5	6	7	
11. Je me considère comme étant généralement plus capable d'affronter les situations que les autres.	1	2	3	4	5	6	7	
12. J'aime mieux mener ma propre affaire et faire mes propres erreurs plutôt que d'écouter quelqu'un d'autre.	1	2	3	4	5	6	7	
13. J'aime avoir une bonne idée de ce qu'une tâche représente avant de la commencer.	1	2	3	4	5	6	7	
14. Lorsque je vois un problème, je préfère faire quelque chose pour le régler plutôt que de m'asseoir et de le laisser durer.	1	2	3	4	5	6	7	
15. En ce qui concerne les ordres, j'aime autant les donner que les recevoir.	1	2	3	4	5	6	7	
16. J'aimerais pouvoir remettre plusieurs de mes décisions quotidiennes dans les mains de quelqu'un d'autre.	1	2	3	4	5	6	7	
17. Lorsque je conduis (si je conduisais), j'essaie (j'essayerais) d'éviter de me mettre dans une situation où je pourrais être blessé suite à l'erreur de quelqu'un d'autre.	1	2	3	4	5	6	7	
18. Je préfère éviter les situations où quelqu'un d'autre doit me dire ce que je devrais faire.	1	2	3	4	5	6	7	
19. Il y a plusieurs situations dans lesquelles je préférerais avoir un seul choix, plutôt que d'avoir à prendre une décision.	1	2	3	4	5	6	7	
20. J'aime attendre et voir si quelqu'un d'autre va régler un problème et qu'ainsi je n'aie pas à être ennuyé(e) par ce problème.	1	2	3	4	5	6	7	

Bilan tabagique

3-A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? à ans

4-A quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? à ans

5-En moyenne, combien fumez-vous chaque jour de :

Cigarettes manufacturées achetées en paquet ? Cigarettes roulées ?

6-Cochez les autres produits que vous consommez ou fumez régulièrement :

☐ Aucun de ces produits ☐ Cigarillos ☐ Cigare ☐ Pipe ☐ Tabac à mâcher	☐ Snus ☐ Narguilé/Chicha ☐ Cigarette électronique avec nicotine ☐ Cigarette électronique sans nicotine

7-Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

- ☐ Dans les 5 minutes
☐ 6 à 30 minutes
☐ 31 à 60 minutes
☐ Plus de 60 minutes

Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

- ☐ Oui
☐ Non

Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

- ☐ La première
☐ Une autre

8-Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- ☐ 10 ou moins
☐ 11 à 20
☐ 21 à 30
☐ 31 ou plus

Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- ☐ Oui
☐ Non

Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

- ☐ Oui
☐ Non

9-Quelle distance devez-vous parcourir pour acheter des cigarettes ?

- ☐ Moins d'un kilomètre
☐ de 1 à 5 kilomètres
☐ Plus de 5 kilomètres
☐ Je ne sais pas

Ce qu'est fumer pour vous

10-Cochez la case correspondant à votre degré d'accord pour les phrases suivantes.

Fumer c'est :	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plus ou moins d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Etre plus détendu	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
2. Etre moins stressé	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
3. Etre de bonne humeur	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
4. Etre moins en colère	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
5. Se faire plaisir	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
6. Ne pas être mal	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
7. Gérer mes émotions	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
8. Avoir un briquet/des allumettes	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
9. Savoir où je peux acheter des cigarettes	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
10. Dépenser de l'argent	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
11. Avoir des cigarettes	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
12. Accepter d'être essoufflé	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
13. Contrôler mon poids	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Ce que vous pensez du tabac

11-Entourez les chiffres qui correspondent à votre degré d'accord pour les phrases suivantes (1 = Pas du tout d'accord ; 5 = Tout à fait d'accord)

	<i>Pas du tout d'accord</i>			<i>Tout à fait d'accord</i>	
1. La fumée de mes cigarettes laisse des odeurs désagréables	1	2	3	4	5
2. Fumer est extrêmement risqué pour ma santé	1	2	3	4	5
3. J'aurais davantage d'énergie si je ne fumais pas	1	2	3	4	5
4. Fumer m'abîme la peau	1	2	3	4	5
5. Fumer me donne une haleine très désagréable	1	2	3	4	5
6. Cela me gêne de dépendre des cigarettes	1	2	3	4	5
7. Je me détruis la santé avec les cigarettes	1	2	3	4	5
8. Mes cigarettes me font dépenser trop d'argent	1	2	3	4	5
9. La fumée de mes cigarettes dérange beaucoup les autres	1	2	3	4	5
10. En fumant, je mets la santé des autres en danger	1	2	3	4	5
11. Fumer une cigarette me calme quand je suis énervé	1	2	3	4	5
12. Dans les moments de stress, une cigarette me calme	1	2	3	4	5
13. Une cigarette m'aide à supporter les moments difficiles	1	2	3	4	5
14. Fumer m'aide à réfléchir	1	2	3	4	5
15. Après une cigarette, je parviens mieux à me concentrer	1	2	3	4	5
16. J'aime le geste de fumer	1	2	3	4	5
17. C'est tellement agréable de fumer !	1	2	3	4	5
18. J'aime tenir une cigarette entre mes doigts	1	2	3	4	5
19. J'adore fumer	1	2	3	4	5

Votre rapport à la cigarette

12-Dans la situation actuelle, donnez votre degré d'accord pour les phrases suivantes en entourant les chiffres correspondant à votre réponse (1 = Pas du tout d'accord ; 7 = Tout à fait d'accord)

	<i>Pas du tout d'accord</i>				<i>Tout à fait d'accord</i>		
1. Une cigarette maintenant n'aurait pas un bon gout.	1	2	3	4	5	6	7
2. S'il y avait une cigarette ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer.	1	2	3	4	5	6	7
3. Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement.	1	2	3	4	5	6	7
4. Fumer une cigarette ne serait pas agréable.	1	2	3	4	5	6	7
5. Je ferais n'importe quoi pour une cigarette là maintenant.	1	2	3	4	5	6	7
6. Je me sentirais moins fatigué(e) si je fumais là, tout de suite.	1	2	3	4	5	6	7
7. Je fumerai dès que j'en aurais l'occasion.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je ne serais pas capable de contrôler combien je fumerais si j'avais des cigarettes.	1	2	3	4	5	6	7
9. Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Si je fumais, je me sentirais moins déprimé(e).	1	2	3	4	5	6	7
11. Il me serait facile de laisser passer l'occasion de fumer.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer maintenant.	1	2	3	4	5	6	7

Vos tentatives d'arrêt précédentes

13-Combien de fois avez-vous arrêté de fumer plus de 7 jours ?

Si vous n'avez jamais essayé d'arrêter de fumer, merci de passer à la page suivante.

14-Combien de temps a duré votre plus longue tentative d'arrêt ?

Lors de cette tentative d'arrêt, comment évaluez-vous le soutien de vos amis et famille ?

Mauvais 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très bon*

Considérez-vous cette (ces) tentative(s) d'arrêt comme une (de) bonne(s) ou mauvaise(s) expérience(s) ?

Mauvaise expérience 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très bonne expérience*

15-Pour quelle(s) raison(s) pensez-vous avoir rechuté ?

☐ Prise de poids

☐ Nervosité/Stress

☐ Mes proches fumaient

☐ A cause d'un événement important

☐ Manque/Envie de fumer

☐ Le côté festif me manquait

☐ Irritabilité

☐ Autre :

Classez maintenant ces raisons par ordre d'importance (1 étant la raison principale, 2 la suivante, etc.). Inscrivez votre réponse à côté des cases que vous venez de cocher.

Votre arrêt du tabac

16-A quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

Pas important du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très important*

17- Qui vous a adressé(e) à ce centre de tabacologie pour arrêter de fumer ? (Ne cochez qu'une case)

☐₀ Médecin traitant

☐₁ Cardiologue

☐₂ Pneumologue

☐₃ Gynécologue

☐₄ Médecine du travail

☐₅ Hôpital

☐₆ Planning familial

☐₇ Amis

☐₈ Famille

☐₉ J'ai décidé moi-même

☐₁₀ Autre. Précisez : _____

18-Répondez aux deux questions suivantes en entourant les chiffres

correspondant à vos réponses :

Jamais

Souvent

1. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que des personnes autour de vous vous ont dit que vous devriez arrêter de fumer ?

1 2 3 4 5

2. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que des personnes autour de vous vous ont informé sur l'arrêt du tabac ?

1 2 3 4 5

19-Quelle distance devez-vous parcourir pour obtenir une aide pour arrêter de fumer ?

☐₃ Moins d'1km ☐₂ de 1 à 5 kms ☐₁ Plus de 5 kms ☐₀ Je ne sais pas

20-Actuellement, selon vous, à quel point est-il probable que vous continuiez de fumer ? (Entourez le chiffre correspondant à votre réponse)

Pas du tout probable

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tout à fait probable

21-Actuellement, selon vous, à quel point est-il probable que vous arrêtiez de fumer ?

Pas du tout probable

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tout à fait probable

Votre perception de l'arrêt

22-Indiquez votre degré d'accord avec les deux affirmations suivantes en entourant les chiffres correspondant à vos réponses :

Si je n'arrête pas de fumer aujourd'hui, je le regretterai plus tard

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait d'accord*

Si j'arrête de fumer aujourd'hui, je le regretterai plus tard

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait d'accord*

23-Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?

☐₁ Oui

☐₀ Non

Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?

☐₀ Pas du tout

☐₁ Un peu

☐₂ Moyennement

☐₃ Beaucoup

Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?

- ☐₀ Non
- ☐₁ Peut-être
- ☐₂ Vraisemblablement
- ☐₃ Certainement

Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?

- ☐₀ Non
- ☐₁ Peut-être
- ☐₂ Vraisemblablement
- ☐₃ Certainement

24-Pour quelle(s) raison(s) voulez-vous arrêter de fumer ?

☐ Ne plus être esclave	☐ Ca coûte trop cher
☐ Se prouver que l'on peut arrêter	☐ Raisons médicales
☐ Sur conseil d'un médecin	☐ Demande ou pression d'un tiers
☐ Peur de la maladie	☐ Pour donner l'exemple
☐ Pour aider quelqu'un à ne pas fumer	☐ Ménopause
☐ Grossesse (en cours ou désir)	☐ En vue d'une opération
☐ Contraception	☐ J'arrête une autre addiction
☐ Meilleure qualité de vie	☐ Autre : _____

Classez maintenant ces raisons par ordre d'importance (1 étant la raison principale, 2 la suivante, etc.). Inscrivez votre réponse à côté des cases que vous venez de cocher.

25-Comment envisagez-vous d'arrêter votre tabagisme ? (Ne cochez qu'une seule case)

- ☐₀ Arrêt total sans traitement
- ☐₁ Arrêt total aidé par un traitement
- ☐₂ Réduction de la consommation par moi-même
- ☐₃ Réduction aidée par un traitement
- ☐₄ Je ne sais pas

26-Quand avez-vous l'intention d'arrêter totalement ?

- ☐₃ D'ici le mois prochain
- ☐₂ D'ici 6 mois
- ☐₁ Dans plus de 6 mois
- ☐₀ Je n'ai pas l'intention d'arrêter

De 1 à 10, vous diriez que votre intention d'arrêter est... : (Entourez le chiffre correspondant à votre réponse)

Très faible 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très forte*

27-Si vous décidiez d'arrêter de fumer complètement dans les 6 prochains mois, à quel point êtes-vous sûr de réussir ?

Pas du tout sûr 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait sûr*

28-Cochez les cases qui correspondent à votre degré d'accord pour les phrases suivantes.

Arrêter de fumer c'est :	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plus ou moins d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Etre libre	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
2. Ne plus être esclave de la cigarette	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
3. Etre en bonne santé	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
4. Ne pas être malade	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
5. Eviter d'être mal vu par les autres	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
6. Etre un exemple pour les autres	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
7. Me priver d'un plaisir	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
8. Accepter d'être stressé	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
9. Prendre un traitement	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
10. Me sentir mieux	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
11. Prendre du poids	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
12. Montrer que je suis capable	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
13. Avoir beaucoup de volonté	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
14. Permettre d'améliorer la santé des autres	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
15. Etre en manque de cigarettes	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Situations où il vous est difficile de ne pas fumer

29-Cochez dans le tableau suivant à quel point il vous paraît difficile de ne pas fumer dans les situations suivantes :

	Pas difficile du tout	Pas très difficile	Un peu difficile	Plutôt difficile	Très difficile
1. Quand je me sens nerveux(se)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
2. Quand je n'ai pas le moral	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
3. Quand je suis très angoissé(e)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
4. Quand je suis fâché(e)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
5. Quand je veux réfléchir à un problème difficile	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
6. Quand j'ai une sensation de manque de cigarettes	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
7. En prenant un verre avec des ami(e)s	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
8. Quand je fête quelque chose	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
9. En prenant un verre de vin, une bière ou un autre alcool	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
10. Quand je suis en compagnie de fumeurs	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
11. Après un repas	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
12. Quand je bois un café ou un thé	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
13. Quand je ne pense à rien	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

A propos du tabac et de l'arrêt

30-Répondez aux questions suivantes en cochant les cases correspondant à votre réponse. Précisez votre réponse lorsque cela est nécessaire :

1-A quel moment pensez-vous arrêter de fumer définitivement ?

- ☐₁ dans un futur très proche
☐₂ dans un futur proche
☐₃ dans un futur éloigné
☐₄ Je suis déjà en train d'arrêter définitivement
☐₅ Jamais
- Dans combien de temps ? (ex. : 1 jour, 1 mois, 1 an...)
- _____

2-A quel moment pensez-vous risquer d'être malade à cause du tabac ?

- ☐₁ dans un futur très proche
☐₂ dans un futur proche
☐₃ dans un futur éloigné
☐₄ Je suis, à ce jour, malade à cause du tabac
☐₅ Jamais
- Dans combien de temps ? (ex. : 1 jour, 1 mois, 1 an...)
- _____

3-A quel moment pensez-vous avoir des effets positifs liés à votre tentative d'arrêt ?

- ☐₁ dans un futur très proche
☐₂ dans un futur proche
☐₃ dans un futur éloigné
☐₄ J'ai déjà des effets positifs liés à ma tentative d'arrêt
☐₅ Jamais
- Dans combien de temps ? (ex. : 1 jour, 1 mois, 1 an...)
- _____

4-A quel moment pensez-vous avoir des effets négatifs liés à votre tentative d'arrêt ?

- ☐₁ dans un futur très proche
☐₂ dans un futur proche
☐₃ dans un futur éloigné
☐₄ J'ai, à ce jour, des effets négatifs liés à ma tentative d'arrêt
☐₅ Jamais
- Dans combien de temps ? (ex. : 1 jour, 1 mois, 1 an...)
- _____

5-A quel moment pensez-vous avoir des effets négatifs liés au fait de fumer ?

- ☐₁ dans un futur très proche
☐₂ dans un futur proche
☐₃ dans un futur éloigné
☐₄ J'ai, à ce jour, des effets négatifs liés au fait de fumer
☐₅ Jamais
- Dans combien de temps ? (ex. : 1 jour, 1 mois, 1 an...)
- _____

6-A quel moment pensez-vous avoir des effets positifs liés au fait de fumer ?

- ☐₁ dans un futur très proche
☐₂ dans un futur proche
☐₃ dans un futur éloigné
☐₄ J'ai, à ce jour, des effets positifs liés au fait de fumer
☐₅ Jamais
- Dans combien de temps ? (ex. : 1 jour, 1 mois, 1 an...)
- _____

Votre entourage

31-Les gens qui sont importants pour moi pensent que je devrais arrêter de fumer

Pas du tout d'accord -3 -2 -1 0 1 2 3 Tout à fait d'accord

32-Si vous êtes en couple, est-ce que votre compagne /
compagnon fume ?

☐₁ Oui ☐₀ Non
☐₃ Je ne suis pas en couple

33-Si vous avez des enfants, est-ce qu'au moins un
d'entre eux fume ?

☐₁ Oui ☐₀ Non
☐₂ Je n'ai pas d'enfant

34-Est-ce que votre ami(e) le(la) plus proche fume ?

☐₁ Oui ☐₀ Non

35- Est-ce que vos amis/connaissances fument ?

☐₃ Tous
☐₂ Presque tous
☐₁ Quelques-uns
☐₀ Aucun

36- Est-ce que vos collègues de travail fument ?

☐₃ Tous
☐₂ Presque tous
☐₁ Quelques-uns
☐₀ Aucun

37- Parmi les fumeurs que vous côtoyez habituellement,
au cours des 6 derniers mois, combien ont essayé
d'arrêter de fumer ?

☐₃ Tous
☐₂ Presque tous
☐₁ Quelques-uns
☐₀ Aucun

Dans quelle mesure les personnes suivantes désapprouvent ou approuvent le fait que vous fumiez ?
(Entourez les chiffres qui correspondent à vos réponse entre 1 = « Désapprouve totalement » et 10
« Approuve totalement »)

1. Votre compagne / compagnon

Désapprouve totalement 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Approuve totalement

2. Vos enfants

Désapprouve totalement 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Approuve totalement

3. Votre meilleur(e) ami(e)

Désapprouve totalement 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Approuve totalement

4. Vos amis / connaissances

Désapprouve totalement 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Approuve totalement

5. Vos collègues de travail

Désapprouve totalement 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Approuve totalement

Vos autres consommations

38-Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

- ☐₀ Vous ne buvez jamais d'alcool
- ☐₁ 1 fois par mois ou moins
- ☐₂ 2 à 4 fois par mois
- ☐₃ 2 à 3 fois par semaine
- ☐₄ Au moins 4 fois par semaine

Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

- ☐₀ 1 ou 2
- ☐₁ 3 ou 4
- ☐₂ 5 ou 6
- ☐₃ 7, 8 ou 9
- ☐₄ 10 ou plus

A quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

- ☐₀ Jamais
- ☐₁ Moins d'une fois par mois
- ☐₂ Une fois par mois
- ☐₃ Une fois par semaine
- ☐₄ Tous les jours ou presque

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

- ☐₁ Oui ☐₀ Non

Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ?

- ☐₁ Oui ☐₀ Non

Avez-vous déjà eu l'impression de boire trop ?

- ☐₁ Oui ☐₀ Non

Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- ☐₁ Oui ☐₀ Non

39-A quelle fréquence avez-vous consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours ?

- ☐₀ Je n'en ai pas fumé
- ☐₁ 1 ou 2 fois
- ☐₂ Entre 3 et 5 fois
- ☐₃ Entre 5 et 10 fois
- ☐₄ Entre 10 et 20 fois
- ☐₅ Plus de 20 fois

40-Avez-vous déjà consommé d'autres drogues ?

- ☐₁ Oui ☐₀ Non

Si oui, en consommez-vous actuellement ?

- ☐₁ Oui ☐₀ Non

Traitements

41-Avez-vous déjà entendu parler des substituts nicotiniques ? | ☐₁ Oui ☐₀ Non

Que pensez-vous des substituts nicotiniques ? _____

En avez-vous déjà utilisé ? | ☐₁ Oui ☐₀ Non

42-Avez-vous déjà entendu parler du Champix ? | ☐₁ Oui ☐₀ Non

Que pensez-vous du Champix ? _____

En avez-vous déjà utilisé ? | ☐₁ Oui ☐₀ Non

43-Avez-vous déjà entendu parler du Zyban ? | ☐₁ Oui ☐₀ Non

Que pensez-vous du Zyban ? _____

En avez-vous déjà utilisé ? | ☐₁ Oui ☐₀ Non

44-En dehors de médicaments d'aide à l'arrêt du tabac, prenez-vous un traitement à ce jour ? | ☐₁ Oui ☐₀ Non

Si oui, écrivez le nom de vos médicaments ci-dessous :

Médicament 1 :

Médicament 2 :

Médicament 3 :

Médicament 4 :

Médicament 5 :

Médicament 6 :

Médicament 7 :

Médicament 8 :

45-En général, par rapport aux prescriptions médicales (tous traitements confondus) vous diriez que vous les suivez :

Jamais 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Toujours*

A propos de vous

- 46-Vous êtes : ☐₀ un homme ☐₁ une femme
- 47-Votre date de naissance : [][] / [][] / [][][][]
- 48-Vous vivez : ☐₀ Seul ☐₁ En couple
- 49-Vous êtes : ☐₀ Célibataire ☐₁ Marié(e) ☐₂ Pacsé(e) ☐₃ En concubinage ☐₄ Divorcé(e) ☐₅ Veuf(ve)
- 50-Quel est votre diplôme le plus élevé ?
☐₀ Sans diplôme ☐₃ Baccalauréat ☐₆ Au-delà de Bac+5
☐₁ Brevet des collèges ☐₄ Bac+2 (BTS, DUT)
☐₂ CAP, BEP ☐₅ Bac+3 à Bac+5
- 51-Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale...) ? ☐₁ Oui ☐₀ Non
- 52-Bénéficiez-vous d'une complémentaire santé (mutuelle, CMU-C...) ? ☐₁ Oui ☐₀ Non
- 53-Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? ☐₁ Oui ☐₀ Non
- 54-Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? ☐₁ Oui ☐₀ Non
- 55-Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre, concert...) au cours des 12 derniers mois ? ☐₁ Oui ☐₀ Non
- 56-Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? ☐₁ Oui ☐₀ Non
- 57-Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? ☐₁ Oui ☐₀ Non
- 58-Etes-vous membre d'une ou plusieurs associations que vous fréquentez régulièrement ? ☐₁ Oui ☐₀ Non
- 59-Participez-vous activement à la vie de votre quartier ? ☐₁ Oui ☐₀ Non
- 60-Avez-vous rendu visite à un voisin la semaine passée ? ☐₁ Oui ☐₀ Non
- 61-En cas de difficultés, combien y a-t-il de personnes dans votre entourage sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours ? [][]
- 62-En cas de difficultés, combien y a-t-il de personnes dans votre entourage sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? [][]
- 63- Comment définiriez-vous votre état de santé général ? ☐₄ Très bon
☐₃ Bon
☐₂ Moyen
☐₁ Mauvais
☐₀ Très mauvais

Votre catégorie socioprofessionnelle

64-Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ? (Ne cochez qu'une seule case)

☐ ₀ Agriculteurs exploitants ☐ ₁ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise ☐ ₂ Cadre et professions intellectuelles supérieures ☐ ₃ Professions intermédiaires ☐ ₄ Employés	☐ ₅ Etudiant ☐ ₆ Ouvrier ☐ ₇ Retraité ☐ ₈ Sans activité professionnelle ☐ ₉ En invalidité

65-Si vous exercez une activité professionnelle, de quel(s) type(s) de contrat bénéficiez-vous ?

☐ CDI ☐ CDD ☐ CDD d'Insertion ☐ Intérim	☐ Contrat d'avenir (CAV) ☐ Contrat de professionnalisation/alternance ☐ Contrat Unique d'Insertion (CUI-CAE ou CUI-CIE) ☐ Contrat d'insertion revenu minimum d'activité (CI-RMA)	☐ Stagiaire ☐ Travail à mon compte ☐ Autre : _____

Vous travaillez : ☐ ₀ A temps complet ☐ ₁ A temps partiel

Vos horaires de travail : ☐ ₀ De jour ☐ ₃ Horaire posté de jour et de nuit (3x8 par exemple)
☐ ₁ De nuit
☐ ₂ Sans horaires fixes

66-Si vous êtes au chômage, depuis combien de temps êtes-vous en recherche d'emploi ?

☐ ₀ Moins de 6 mois ☐ ₁ De 6 mois à 1 an	☐ ₂ De 1 à 2 ans ☐ ₃ Plus de 2 ans	☐ ₄ Je ne recherche pas d'emploi

67-Cochez ci-dessous les cases correspondant aux aides dont vous bénéficiez :

☐ Je ne bénéficie d'aucune aide ☐ RSA (Revenu de Solidarité Active) ☐ AAH (Allocation Adulte Handicapé) ☐ ASI (Allocation supplémentaire d'invalidité) ☐ CMU (Couverture Maladie Universelle) ☐ ASS (Allocation de Solidarité Spécifique)	☐ ATA (Allocation Temporaire d'Attente) ☐ AV (Allocation veuvage) ☐ ASV (Allocation Supplémentaire Vieillesse) ☐ ARE (Aide au Retour à l'Emploi) ☐ Aide au logement (APL, ALF, ALS)

Vos moyens financiers

68-Quels sont les revenus mensuels nets de votre foyer ? (Ne cochez qu'une seule case)

☐ ₀ Moins de 900 € ☐ ₁ De 900 à 1200 € ☐ ₂ De 1201 à 1500 € ☐ ₃ De 1501 à 1900 €	☐ ₄ De 1901 à 2300 € ☐ ₅ De 2301 à 3000 € ☐ ₆ De 3001 à 4000 € ☐ ₇ Plus de 4000 €

69-Du fait de vos moyens financiers, vous imposez-vous des restrictions sur... (Entourez les chiffres qui correspondent à vos réponses de 1=aucune restriction à 5=beaucoup de restrictions)

	Aucune restriction			Beaucoup de restrictions		
	1	2	3	4	5	
1. Les vacances et loisirs	1	2	3	4	5	
2. L'habillement	1	2	3	4	5	
3. La voiture, les déplacements	1	2	3	4	5	
4. L'alimentation	1	2	3	4	5	
5. Le logement	1	2	3	4	5	
6. Les soins médicaux	1	2	3	4	5	
7. Les dépenses pour les enfants	1	2	3	4	5	

Votre logement

70-Vous vivez : ☐ Dans un appartement
☐ Dans une maison

Concernant votre logement, vous êtes :

☐ Locataire privé ☐ Locataire HLM ☐ Propriétaire ☐ En résidence universitaire	☐ Logé chez des amis/famille ☐ Logé à l'hôtel ☐ En foyer ☐ Sans domicile

Vos conditions de logement (superficie, état général, loyer...) vous conviennent-elles ? ☐ Oui
☐ Non

71-Combien d'enfants de moins de 18 ans vivent dans votre foyer ?

72-Au total, vous compris, combien de personnes vivent dans votre foyer ?

73-A propos du quartier où vous vivez, diriez-vous... (Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse de 1=pas du tout à 5=tout à fait)

	<i>Pas du tout</i>			<i>Tout à fait</i>	
1. Que l'on peut faire confiance à la plupart des gens	1	2	3	4	5
2. Que c'est un endroit sûr	1	2	3	4	5
3. Qu'il est proche des commodités (école, supermarché, transports en commun...)	1	2	3	4	5
4. Qu'il est proche des services médicaux	1	2	3	4	5
5. Qu'il est agréable à vivre	1	2	3	4	5
6. Qu'il est facile d'y rencontrer des gens	1	2	3	4	5

74-Dans quelle mesure considérez-vous les éléments suivants comme stables/instables ? (Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse de 1=Très instable à 5=Très stable)

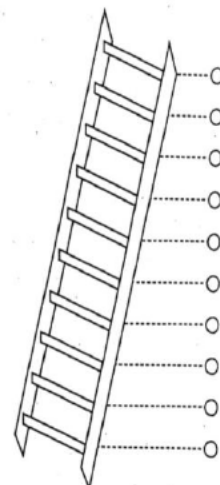
	<i>Très instable</i>			<i>Très stable</i>	
1. Si vous travaillez, votre emploi	1	2	3	4	5
2. Vos revenus	1	2	3	4	5
3. Vos conditions de logement	1	2	3	4	5
4. Votre état de santé	1	2	3	4	5
5. Vos relations familiales	1	2	3	4	5
6. Vos relations amicales	1	2	3	4	5

75-L'échelle à droite représente les individus dans la société.

Au sommet de l'échelle se situent les personnes qui ont la meilleure situation (revenus les plus élevés, niveau d'études le plus élevé et l'emploi le meilleur).

En bas de l'échelle se situent les personnes qui sont dans la moins bonne situation (revenus les plus faibles, moins bon niveau d'études et le plus mauvais emploi ou pas d'emploi du tout).

Comment vous situez-vous sur cette échelle ? Cochez le cercle où vous considérez vous situer (ne pas utiliser l'espace entre les échelons).

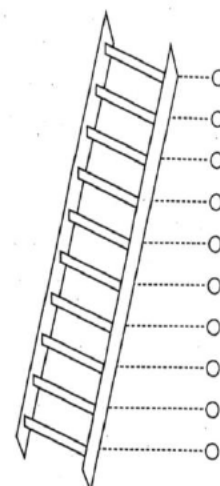


76-L'échelle à droite représente maintenant les individus dans votre quartier d'habitation.

Au sommet de l'échelle se situent les personnes qui ont la meilleure situation (revenus les plus élevés, niveau d'études le plus élevé et l'emploi le meilleur).

En bas de l'échelle se situent les personnes qui sont dans la moins bonne situation (revenus les plus faibles, moins bon niveau d'études et le plus mauvais emploi ou pas d'emploi du tout).

Comment vous situez-vous sur cette échelle ? Cochez le cercle où vous considérez vous situer (ne pas utiliser l'espace entre les échelons).



Vous avez terminé de remplir votre questionnaire. Merci de bien vouloir le remettre à votre centre de tabacologie lors de votre prochain rendez-vous.

Nous vous remercions pour le temps que vous avez consacré à cette recherche.

Cadre réservé au centre de tabacologie

Merci de noter les informations suivantes concernant votre patient(e) :

Date du jour : ____/____/____

Numéro de dossier interne : _____

Taux de CO expiré : [] [] ppm

Nombre de Paquets-Années : [] [] PAN

HAD-A : [] []

HAD-D : [] []

☐ Antécédents de dépression traitée

☐ Antécédents de TS

Si votre patient a passé une EFR ou une spirométrie, indiquez son VEMS/CV : _____

Annexe III

Questionnaire de suivi de l'enquête longitudinale

Enquête ESTAP
- Questionnaire de suivi -

Madame, Monsieur,

Lors de votre première consultation de sevrage tabagique, vous avez accepté de participer à l'enquête ESTAP et nous vous en remercions.

Le questionnaire que vous allez remplir s'intéresse à votre rapport au tabac aujourd'hui ainsi qu'aux changements dans vos conditions de vie ces 6 derniers mois.

Ce questionnaire n'est pas une évaluation, il n'y a donc ni bonnes ni mauvaises réponses. De plus, nous vous rappelons que **les données recueillies sont traitées de manière anonyme**.

Cadre réservé au centre de tabacologie

Merci de noter les informations suivantes :

Date du jour : ____/____/____

Réf. ESTAP : _____

Taux de CO expiré : [] [] ppm

HAD-A : [] []

HAD-D : [] []

1-Lisez les propositions ci-dessous et répondez en indiquant dans quelle mesure chacune est caractéristique de vous ou s'applique à vous (1 = « Ne me correspond pas du tout » à 5 = « Me correspond tout à fait »). Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, seul votre avis nous intéresse.

	<i>Ne me correspond pas du tout</i>			<i>Me correspond tout à fait</i>	
1. Les images, les odeurs et les sons familiers de mon enfance me rappellent souvent des souvenirs merveilleux.	1	2	3	4	5
2. Je pense souvent à ce que j'aurais dû faire autrement dans ma vie.	1	2	3	4	5
3. Le fait de penser à mon passé me donne du plaisir.	1	2	3	4	5
4. Quand je dois réaliser quelque chose, je me fixe des buts et j'envisage les moyens précis pour les atteindre.	1	2	3	4	5
5. Puisque ce qui doit arriver arrivera, peu importe vraiment ce que je fais.	1	2	3	4	5
6. Les souvenirs heureux des bons moments me viennent facilement à l'esprit.	1	2	3	4	5
7. C'est important de mettre de l'excitation dans ma vie.	1	2	3	4	5
8. Je n'ai plus aucun plaisir à faire des choses si je dois penser aux objectifs, aux conséquences et aux résultats.	1	2	3	4	5
9. Se préoccuper de l'avenir n'a aucun sens puisque de toute façon je ne peux rien y faire.	1	2	3	4	5
10. Je fais aboutir mes projets à temps en progressant étape par étape.	1	2	3	4	5
11. Je prends des risques pour mettre de l'excitation dans ma vie.	1	2	3	4	5
12. Je suis capable de résister aux tentations quand je sais qu'il y a du travail à faire.	1	2	3	4	5
13. Je me trouve toujours entraîné par l'excitation du moment.	1	2	3	4	5
14. Je pense aux mauvaises choses qui me sont arrivées dans le passé.	1	2	3	4	5
15. Je pense aux bonnes choses que j'ai ratées dans ma vie.	1	2	3	4	5

2-Indiquez à quel point les affirmations suivantes reflètent comme vous êtes habituellement (1 = « Ne me correspond pas du tout » à 5 = « Me correspond tout à fait »).

	<i>Ne me correspond pas du tout</i>			<i>Me correspond tout à fait</i>		
1. Je suis bon pour résister à la tentation.	1	2	3	4	5	
2. Il est difficile pour moi de changer mes mauvaises habitudes.	1	2	3	4	5	
3. Je suis paresseux.	1	2	3	4	5	
4. Je dis des choses déplacées/inappropriées.	1	2	3	4	5	
5. Je fais certaines choses qui sont mauvaises pour moi.	1	2	3	4	5	
6. Je refuse les choses qui sont mauvaises pour moi.	1	2	3	4	5	
7. Je souhaiterais avoir plus d'auto-discipline.	1	2	3	4	5	
8. Les gens diraient de moi que j'ai une auto-discipline de fer.	1	2	3	4	5	
9. Le plaisir et l'amusement m'empêchent parfois de faire ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5	
10. J'ai de la difficulté à me concentrer.	1	2	3	4	5	
11. Je suis capable de travailler avec succès sur des buts à long terme.	1	2	3	4	5	
12. Parfois je ne peux m'arrêter de faire quelque chose même si je sais que c'est mauvais.	1	2	3	4	5	
13. J'agis souvent sans penser à toutes les alternatives.	1	2	3	4	5	

3-Dans la situation actuelle, donnez votre degré d'accord pour les phrases suivantes en entourant les chiffres correspondant à votre réponse (1 = Pas du tout d'accord ; 7 = Tout à fait d'accord)

	<i>Pas du tout d'accord</i>					<i>Tout à fait d'accord</i>		
1. Une cigarette maintenant n'aurait pas un bon gout.	1	2	3	4	5	6	7	
2. S'il y avait une cigarette ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Fumer une cigarette ne serait pas agréable.	1	2	3	4	5	6	7	
5. Je ferais n'importe quoi pour une cigarette là maintenant.	1	2	3	4	5	6	7	
6. Je me sentrais moins fatigué(e) si je fumais là, tout de suite.	1	2	3	4	5	6	7	
7. Je fumerai dès que j'en aurais l'occasion.	1	2	3	4	5	6	7	
8. Je ne serais pas capable de contrôler combien je fumerais si j'avais des cigarettes.	1	2	3	4	5	6	7	
9. Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas.	1	2	3	4	5	6	7	
10. Si je fumais, je me sentrais moins déprimé(e).	1	2	3	4	5	6	7	
11. Il me serait facile de laisser passer l'occasion de fumer.	1	2	3	4	5	6	7	
12. Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer maintenant.	1	2	3	4	5	6	7	

Situations où il vous est difficile de ne pas fumer

4-Cochez dans le tableau suivant à quel point il vous paraît difficile de ne pas fumer dans les situations suivantes :

	Pas difficile du tout	Pas très difficile	Un peu difficile	Plutôt difficile	Très difficile
1. Quand je me sens nerveux(se)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
2. Quand je n'ai pas le moral	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
3. Quand je suis très angoissé(e)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
4. Quand je suis fâché(e)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
5. Quand je veux réfléchir à un problème difficile	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
6. Quand j'ai une sensation de manque de cigarettes	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
7. En prenant un verre avec des ami(e)s	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
8. Quand je fête quelque chose	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
9. En prenant un verre de vin, une bière ou un autre alcool	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
10. Quand je suis en compagnie de fumeurs	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
11. Après un repas	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
12. Quand je bois un café ou un thé	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
13. Quand je ne pense à rien	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

5-Cochez les cases qui correspondent à votre degré d'accord pour les phrases suivantes.

Arrêter de fumer c'est :	Pas du tout d'accord	Plutôt d'accord	Plus ou moins d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Etre libre	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
2. Ne plus être esclave de la cigarette	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
3. Etre en bonne santé	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
4. Ne pas être malade	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
5. Eviter d'être mal vu par les autres	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
6. Etre un exemple pour les autres	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
7. Me priver d'un plaisir	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
8. Accepter d'être stressé	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
9. Prendre un traitement	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
10. Me sentir mieux	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
11. Prendre du poids	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
12. Montrer que je suis capable	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
13. Avoir beaucoup de volonté	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
14. Permettre d'améliorer la santé des autres	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
15. Etre en manque de cigarettes	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

A propos du tabac et de l'arrêt

6-Répondez aux questions suivantes en cochant les cases correspondant à votre réponse. Précisez votre réponse lorsque cela est nécessaire :

1-A quel moment pensez-vous arrêter de fumer définitivement ?

- ☐₁ dans un futur très proche
☐₂ dans un futur proche
☐₃ dans un futur éloigné
☐₄ Je suis déjà en train d'arrêter définitivement
☐₅ Jamais
- Dans combien de temps ? (ex. : 1 jour, 1 mois, 1 an...) _____

2-A quel moment pensez-vous avoir des effets positifs liés à votre tentative d'arrêt ?

- ☐₁ dans un futur très proche
☐₂ dans un futur proche
☐₃ dans un futur éloigné
☐₄ J'ai déjà des effets positifs liés à ma tentative d'arrêt
☐₅ Jamais
- Dans combien de temps ? (ex. : 1 jour, 1 mois, 1 an...) _____

3-A quel moment pensez-vous avoir des effets négatifs liés à votre tentative d'arrêt ?

- ☐₁ dans un futur très proche
☐₂ dans un futur proche
☐₃ dans un futur éloigné
☐₄ J'ai, à ce jour, des effets négatifs liés à ma tentative d'arrêt
☐₅ Jamais
- Dans combien de temps ? (ex. : 1 jour, 1 mois, 1 an...) _____

Depuis votre premier rendez-vous à la consultation de tabacologie...

7-Cochez dans la liste ci-dessous le(s) traitement(s) d'aide à l'arrêt que vous avez utilisé(s) ces 6 derniers mois :

- ☐ Je n'ai pris aucun traitement
- ☐ Patchs à la nicotine
- ☐ Gomme à la nicotine

- ☐ Champix
- ☐ Zyban
- ☐ Autre : _____

Si vous avez pris un traitement, avez-vous respecté les consignes de votre tabacologue ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait*

8-Combien de rendez-vous avez-vous eu avec votre tabacologue ?

9-Etes-vous satisfait(e) de la prise en charge qui vous est proposée ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait*

10-Globalement, diriez-vous que la prise en charge de votre arrêt du tabac répond à vos attentes ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait*

11-Est-ce que cette prise en charge renforce votre envie d'arrêter de fumer ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait*

12-Cochez la phrase correspondant à votre situation actuelle vis-à-vis du tabac :

- ☐ ₁ J'ai arrêté de fumer totalement
- ☐ ₀ A ce jour, je continue de fumer

13-Cochez les produits que vous avez utilisés au cours des 6 derniers mois :

- ☐ Je n'ai pas utilisé de cigarette électronique
- ☐ Cigarette électronique sans nicotine
- ☐ Cigarette électronique avec nicotine

**Si à ce jour vous ne consommez plus de tabac, allez à la page 8,
sinon passez à la page suivante.**

Bilan tabagique

14-En ce moment, combien fumez-vous chaque jour de :

Cigarettes manufacturées achetées en paquet ?

Cigarettes roulées ?

Votre arrêt du tabac

15-A quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

Pas important du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très important*

16-Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?

- ☐₁ Oui
☐₀ Non

Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?

- ☐₀ Pas du tout
☐₁ Un peu
☐₂ Moyennement
☐₃ Beaucoup

Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?

- ☐₀ Non
☐₁ Peut-être
☐₂ Vraisemblablement
☐₃ Certainement

Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?

- ☐₀ Non
☐₁ Peut-être
☐₂ Vraisemblablement
☐₃ Certainement

17-De 1 à 10, vous diriez que votre intention d'arrêter est... : (Entourez le chiffre correspondant à votre réponse)

Très faible 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très forte*

18-Si vous décidiez d'arrêter de fumer complètement dans les 6 prochains mois, à quel point êtes-vous sûr de réussir ?

Pas du tout sûr 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait sûr*

Remplissez cette page seulement si vous avez essayé d'arrêter de fumer au cours des 6 derniers mois ou si vous êtes actuellement en arrêt.

19-Quel jour avez-vous débuté votre tentative d'arrêt ? ____/____/____

20-Aujourd'hui êtes-vous toujours en arrêt ? | ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez repris le tabac, combien de temps a duré votre arrêt ? _____

Pour quelle(s) raison(s) pensez-vous avoir repris ?

☐ Prise de poids	☐ Manque/Envie de fumer
☐ Nervosité/Stress	☐ Le côté festif me manquait
☐ Mes proches fumaient	☐ Irritabilité
☐ A cause d'un événement important	☐ Autre : _____

Classez maintenant ces raisons par ordre d'importance (1 étant la raison principale, 2 la suivante, etc.). Inscrivez votre réponse à côté des cases que vous venez de cocher.

21-Lors de votre arrêt, indiquez si vous avez ressenti ou si vous ressentez actuellement les effets suivants. Pour chaque ligne, cochez la case correspondant à votre réponse.

	Pas du tout	Très légèrement	Légèrement	Moyennement	Fortement
Humeur dépressive	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Insomnie	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Irritabilité, frustration, colère	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Anxiété	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Difficulté de concentration	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Agitation, fébrilité	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Augmentation de l'appétit	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Envie de fumer	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄

22-Lors de votre arrêt, comment évaluez-vous le soutien de vos amis et famille ?

Mauvais 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très bon*

23-Considérez-vous cet arrêt comme une bonne ou mauvaise expérience ?

Mauvaise expérience 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très bonne expérience*

Votre situation familiale a-t-elle changé ces 6 derniers mois (naissance, séparation, ...) ?

☐₁ Oui ☐₀ Non

Si oui, remplissez les questions suivantes, sinon passez à la page suivante.

24-Vous vivez : ☐₀ Seul ☐₁ En couple

25-Vous êtes :

☐₀ Célibataire ☐₁ Marié(e) ☐₂ Pacsé(e) ☐₃ En concubinage ☐₄ Divorcé(e) ☐₅ Veuf(ve)

26-Combien d'enfants de moins de 18 ans vivent dans votre foyer ?

27-Au total, vous compris, combien de personnes vivent dans votre foyer ?

Votre statut par rapport à l'emploi a-t-il changé ces 6 derniers mois ?

☐₁ Oui ☐₀ Non

Si oui, répondez aux questions suivantes.

28-Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ? (Ne cochez qu'une seule case)

☐₀ Agriculteurs exploitants

☐₁ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

☐₂ Cadre et professions intellectuelles supérieures

☐₃ Professions intermédiaires

☐₄ Employés

☐₅ Etudiant

☐₆ Ouvrier

☐₇ Retraité

☐₈ Sans activité professionnelle

☐₉ En invalidité

29-De quel(s) type(s) de contrat bénéficiez-vous ?

☐ CDI

☐ CDD

☐ CDD d'Insertion

☐ Intérim

☐ Contrat d'avenir (CAV)

☐ Contrat de professionnalisation/alternance

☐ Contrat Unique d'Insertion (CUI-CAE ou CUI-CIE)

☐ Contrat d'insertion revenu minimum d'activité (CI-RMA)

☐ Stagiaire

☐ Travail à mon compte

☐ Autre : _____

30-Vous travaillez : ☐₀ A temps complet ☐₁ A temps partiel

31-Vos horaires de travail :

☐₀ De jour

☐₁ De nuit

☐₂ Sans horaires fixes

☐₃ Horaire posté de jour et de nuit (3x8 par exemple)

Vos ressources financières ont-elles changé ces 6 derniers mois ?

☐₁ Oui ☐₀ Non

Si oui, répondez aux questions suivantes.

32-Cochez ci-dessous les cases correspondant aux aides dont vous bénéficiez :

☐ Je ne bénéficie d'aucune aide	☐ ATA (Allocation Temporaire d'Attente)
☐ RSA (Revenu de Solidarité Active)	☐ AV (Allocation veuvage)
☐ AAH (Allocation Adulte Handicapé)	☐ ASV (Allocation Supplémentaire Vieillesse)
☐ ASI (Allocation supplémentaire d'invalidité)	☐ ARE (Aide au Retour à l'Emploi)
☐ CMU (Couverture Maladie Universelle)	☐ Aide au logement (APL, ALF, ALS)
☐ ASS (Allocation de Solidarité Spécifique)	

33-Quels sont les revenus mensuels nets de votre foyer ? (Ne cochez qu'une seule case)

☐ ₀ Moins de 900 €	☐ ₄ De 1901 à 2300 €
☐ ₁ De 900 à 1200 €	☐ ₅ De 2301 à 3000 €
☐ ₂ De 1201 à 1500 €	☐ ₆ De 3001 à 4000 €
☐ ₃ De 1501 à 1900 €	☐ ₇ Plus de 4000 €

Vos conditions de logement ont-elles changé ces 6 derniers mois ?

☐₁ Oui ☐₀ Non

Si oui, répondez aux questions suivantes.

34-Vous vivez :

- | |
|---|
| ☐ ₀ Dans un appartement |
| ☐ ₁ Dans une maison |

35-Concernant votre logement, vous êtes :

☐ ₀ Locataire privé	☐ ₄ Logé chez des amis/famille
☐ ₁ Locataire HLM	☐ ₅ Logé à l'hôtel
☐ ₂ Propriétaire	☐ ₆ En foyer
☐ ₃ En résidence universitaire	☐ ₇ Sans domicile

36-Vos conditions de logement (superficie, état général, loyer...) vous conviennent-elles ?

- | |
|---|
| ☐ ₁ Oui |
| ☐ ₀ Non |

Vous avez terminé de remplir votre questionnaire. Merci de bien vouloir le remettre à votre centre de tabacologie.

Nous vous remercions pour le temps que vous avez consacré à cette recherche.

Annexe IV

Questionnaire final de l'enquête longitudinale

Enquête ESTAP
- Questionnaire final -

Madame, Monsieur,

Lors de votre première consultation de sevrage tabagique, vous avez accepté de participer à l'enquête ESTAP et nous vous en remercions.

Le questionnaire que vous allez remplir est le dernier de cette recherche. Il s'intéresse à votre rapport au tabac aujourd'hui ainsi qu'aux changements dans vos conditions de vie ces 6 derniers mois.

Ce questionnaire n'est pas une évaluation, il n'y a donc ni bonnes ni mauvaises réponses. De plus, nous vous rappelons que **les données recueillies sont traitées de manière anonyme**.

Cadre réservé au centre de tabacologie

Merci de noter les informations suivantes :

Date du jour : ____/____/____

Réf. ESTAP : _____

Taux de CO expiré : [] [] ppm

HAD-A : [] []

HAD-D : [] []

1-Ce questionnaire débute par des questions à propos de vous et ce que vous pensez du monde qui vous entoure. Lisez les propositions ci-dessous et répondez en indiquant dans quelle mesure chacune est caractéristique de vous ou s'applique à vous (1 = « Ne me correspond pas du tout » à 5 = « Me correspond tout à fait »). Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, seul votre avis nous intéresse.

	<i>Ne me correspond pas du tout</i>			<i>Me correspond tout à fait</i>		
1. Les images, les odeurs et les sons familiers de mon enfance me rappellent souvent des souvenirs merveilleux.	1	2	3	4	5	
2. Penser à mon futur me rend triste.	1	2	3	4	5	
3. Je pense souvent à ce que j'aurais dû faire autrement dans ma vie.	1	2	3	4	5	
4. Le fait de penser à mon passé me donne du plaisir.	1	2	3	4	5	
5. Quand je dois réaliser quelque chose, je me fixe des buts et j'envisage les moyens précis pour les atteindre.	1	2	3	4	5	
6. Puisque ce qui doit arriver arrivera, peu importe vraiment ce que je fais.	1	2	3	4	5	
7. Les souvenirs heureux des bons moments me viennent facilement à l'esprit.	1	2	3	4	5	
8. J'ai souvent l'impression que je ne pourrai pas respecter mes engagements.	1	2	3	4	5	
9. C'est important de mettre de l'excitation dans ma vie.	1	2	3	4	5	
10. Je n'ai plus aucun plaisir à faire des choses si je dois penser aux objectifs, aux conséquences et aux résultats.	1	2	3	4	5	
11. Se préoccuper de l'avenir n'a aucun sens puisque de toute façon je ne peux rien y faire.	1	2	3	4	5	
12. Je fais aboutir mes projets à temps en progressant étape par étape.	1	2	3	4	5	
13. La nuit, je réfléchis souvent aux défis du lendemain.	1	2	3	4	5	
14. Je prends des risques pour mettre de l'excitation dans ma vie.	1	2	3	4	5	
15. Je suis capable de résister aux tentations quand je sais qu'il y a du travail à faire.	1	2	3	4	5	
16. Le futur contient beaucoup trop de décisions ennuyeuses auxquelles je n'ai pas envie de penser.	1	2	3	4	5	
17. Je me trouve toujours entraîné par l'excitation du moment.	1	2	3	4	5	
18. Je pense aux mauvaises choses qui me sont arrivées dans le passé.	1	2	3	4	5	
19. Je pense aux bonnes choses que j'ai ratées dans ma vie.	1	2	3	4	5	
20. Je pense souvent que je n'ai pas le temps de faire tout ce que j'avais prévu dans la journée.	1	2	3	4	5	
21. Habituellement, je ne sais pas si je vais être en mesure d'atteindre mes objectifs dans la vie.	1	2	3	4	5	
22. Si j'ai une décision à prendre rapidement, j'ai souvent peur que cette décision soit mauvaise.	1	2	3	4	5	
23. Je me sens stressé lorsque je ne peux terminer à temps ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5	

2-Indiquez à quel point les affirmations suivantes reflètent comme vous êtes habituellement (1 = « Ne me correspond pas du tout » à 5 = « Me correspond tout à fait »).

	<i>Ne me correspond pas du tout</i>			<i>Me correspond tout à fait</i>		
1. Je suis bon pour résister à la tentation.	1	2	3	4	5	
2. Il est difficile pour moi de changer mes mauvaises habitudes.	1	2	3	4	5	
3. Je suis paresseux.	1	2	3	4	5	
4. Je dis des choses déplacées/inappropriées.	1	2	3	4	5	
5. Je fais certaines choses qui sont mauvaises pour moi.	1	2	3	4	5	
6. Je refuse les choses qui sont mauvaises pour moi.	1	2	3	4	5	
7. Je souhaiterais avoir plus d'auto-discipline.	1	2	3	4	5	
8. Les gens diraient de moi que j'ai une auto-discipline de fer.	1	2	3	4	5	
9. Le plaisir et l'amusement m'empêchent parfois de faire ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5	
10. J'ai de la difficulté à me concentrer.	1	2	3	4	5	
11. Je suis capable de travailler avec succès sur des buts à long terme.	1	2	3	4	5	
12. Parfois je ne peux m'arrêter de faire quelque chose même si je sais que c'est mauvais.	1	2	3	4	5	
13. J'agis souvent sans penser à toutes les alternatives.	1	2	3	4	5	

3-Dans la situation actuelle, donnez votre degré d'accord pour les phrases suivantes en entourant les chiffres correspondant à votre réponse (1 = Pas du tout d'accord ; 7 = Tout à fait d'accord)

	<i>Pas du tout d'accord</i>				<i>Tout à fait d'accord</i>			
1. Une cigarette maintenant n'aurait pas un bon gout.	1	2	3	4	5	6	7	
2. S'il y avait une cigarette ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Fumer une cigarette ne serait pas agréable.	1	2	3	4	5	6	7	
5. Je ferais n'importe quoi pour une cigarette là maintenant.	1	2	3	4	5	6	7	
6. Je me sentirais moins fatigué(e) si je fumais là, tout de suite.	1	2	3	4	5	6	7	
7. Je fumerai dès que j'en aurais l'occasion.	1	2	3	4	5	6	7	
8. Je ne serais pas capable de contrôler combien je fumerais si j'avais des cigarettes.	1	2	3	4	5	6	7	
9. Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas.	1	2	3	4	5	6	7	
10. Si je fumais, je me sentirais moins déprimé(e).	1	2	3	4	5	6	7	
11. Il me serait facile de laisser passer l'occasion de fumer.	1	2	3	4	5	6	7	
12. Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer maintenant.	1	2	3	4	5	6	7	

Situations où il vous est difficile de ne pas fumer

4-Cochez dans le tableau suivant à quel point il vous paraît difficile de ne pas fumer dans les situations suivantes :

	Pas difficile du tout	Pas très difficile	Un peu difficile	Plutôt difficile	Très difficile
1. Quand je me sens nerveux(se)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
2. Quand je n'ai pas le moral	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
3. Quand je suis très angoissé(e)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
4. Quand je suis fâché(e)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
5. Quand je veux réfléchir à un problème difficile	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
6. Quand j'ai une sensation de manque de cigarettes	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
7. En prenant un verre avec des ami(e)s	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
8. Quand je fête quelque chose	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
9. En prenant un verre de vin, une bière ou un autre alcool	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
10. Quand je suis en compagnie de fumeurs	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
11. Après un repas	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
12. Quand je bois un café ou un thé	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
13. Quand je ne pense à rien	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

5-Cochez les cases qui correspondent à votre degré d'accord pour les phrases suivantes.

Arrêter de fumer c'est :	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plus ou moins d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Etre libre	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
2. Ne plus être esclave de la cigarette	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
3. Etre en bonne santé	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
4. Ne pas être malade	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
5. Eviter d'être mal vu par les autres	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
6. Etre un exemple pour les autres	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
7. Me priver d'un plaisir	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
8. Accepter d'être stressé	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
9. Prendre un traitement	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
10. Me sentir mieux	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
11. Prendre du poids	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
12. Montrer que je suis capable	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
13. Avoir beaucoup de volonté	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
14. Permettre d'améliorer la santé des autres	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
15. Etre en manque de cigarettes	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

A propos du tabac et de l'arrêt

6-Répondez aux questions suivantes en cochant les cases correspondant à votre réponse. Précisez votre réponse lorsque cela est nécessaire :

1-A quel moment pensez-vous arrêter de fumer définitivement ?

☐₁ dans un futur très proche

☐₂ dans un futur proche

☐₃ dans un futur éloigné

☐₄ Je suis déjà en train d'arrêter définitivement

☐₅ Jamais



Dans combien de temps ? (ex. : 1 jour, 1 mois, 1 an...)

2-A quel moment pensez-vous avoir des effets positifs liés à votre tentative d'arrêt ?

☐₁ dans un futur très proche

☐₂ dans un futur proche

☐₃ dans un futur éloigné

☐₄ J'ai déjà des effets positifs liés à ma tentative d'arrêt

☐₅ Jamais



Dans combien de temps ? (ex. : 1 jour, 1 mois, 1 an...)

3-A quel moment pensez-vous avoir des effets négatifs liés à votre tentative d'arrêt ?

☐₁ dans un futur très proche

☐₂ dans un futur proche

☐₃ dans un futur éloigné

☐₄ J'ai, à ce jour, des effets négatifs liés à ma tentative d'arrêt

☐₅ Jamais



Dans combien de temps ? (ex. : 1 jour, 1 mois, 1 an...)

Depuis votre premier rendez-vous à la consultation de tabacologie...

7-Cochez dans la liste ci-dessous le(s) traitement(s) d'aide à l'arrêt que vous avez utilisé(s) ces 6 derniers mois :

- ☐ Je n'ai pris aucun traitement
- ☐ Patchs à la nicotine
- ☐ Gomme à la nicotine

- ☐ Champix
- ☐ Zyban
- ☐ Autre : _____

Si vous avez pris un traitement, avez-vous respecté les consignes de votre tabacologue ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait*

8-Combien de rendez-vous avez-vous eu avec votre tabacologue ?

9-Etes-vous satisfait(e) de la prise en charge qui vous est proposée ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait*

10-Globalement, diriez-vous que la prise en charge de votre arrêt du tabac répond à vos attentes ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait*

11-Est-ce que cette prise en charge renforce votre envie d'arrêter de fumer ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait*

12-Cochez la phrase correspondant à votre situation actuelle vis-à-vis du tabac :

- ☐ ₁ J'ai arrêté de fumer totalement
- ☐ ₀ A ce jour, je continue de fumer

13-Cochez les produits que vous avez utilisés au cours des 6 derniers mois :

- ☐ Je n'ai pas utilisé de cigarette électronique
- ☐ Cigarette électronique sans nicotine
- ☐ Cigarette électronique avec nicotine

**Si à ce jour vous ne consommez plus de tabac, allez à la page 8,
sinon passez à la page suivante.**

Vous consommez du tabac...

Bilan tabagique

14-En ce moment, combien fumez-vous chaque jour de :

Cigarettes manufacturées achetées en paquet ?

Cigarettes roulées ?

Votre arrêt du tabac

15-A quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

Pas important du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très important*

16-Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?

- ☐₁ Oui
☐₀ Non

Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?

- ☐₀ Pas du tout
☐₁ Un peu
☐₂ Moyennement
☐₃ Beaucoup

Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?

- ☐₀ Non
☐₁ Peut-être
☐₂ Vraisemblablement
☐₃ Certainement

Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?

- ☐₀ Non
☐₁ Peut-être
☐₂ Vraisemblablement
☐₃ Certainement

17-De 1 à 10, vous diriez que votre intention d'arrêter est... : (Entourez le chiffre correspondant à votre réponse)

Très faible 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très forte*

18-Si vous décidiez d'arrêter de fumer complètement dans les 6 prochains mois, à quel point êtes-vous sûr de réussir ?

Pas du tout sûr 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait sûr*

Remplissez cette page seulement si vous avez essayé d'arrêter de fumer au cours des 12 derniers mois ou si vous êtes actuellement en arrêt.

19-Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous essayé d'arrêter plus de 7 jours ? [][]

20-Aujourd'hui êtes-vous toujours en arrêt ? | ☐₁ Oui ☐₀ Non

Si oui, depuis quelle date ? ____/____/____

Si vous n'êtes plus en arrêt, pour quelle(s) raison(s) pensez-vous avoir repris ?

☐ Prise de poids	☐ Manque/Envie de fumer
☐ Nervosité/Stress	☐ Le côté festif me manquait
☐ Mes proches fumaient	☐ Irritabilité
☐ A cause d'un événement important	☐ Autre : _____

Classez maintenant ces raisons par ordre d'importance (1 étant la raison principale, 2 la suivante, etc.). Inscrivez votre réponse à côté des cases que vous venez de cocher.

21-Combien de temps a duré (Depuis combien de temps dure) votre tentative la plus longue ?

22-Lors de cet arrêt, indiquez si vous avez ressenti ou si vous ressentez actuellement les effets suivants. Pour chaque ligne, cochez la case correspondant à votre réponse.

	Pas du tout	Très légèrement	Légèrement	Moyennement	Fortement
Humeur dépressive	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Insomnie	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Irritabilité, frustration, colère	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Anxiété	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Difficulté de concentration	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Agitation, fébrilité	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Augmentation de l'appétit	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Envie de fumer	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄

23-Lors de cet arrêt, comment évaluez-vous le soutien de vos amis et famille ?

Mauvais 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très bon*

24-Considérez-vous cet arrêt comme une bonne ou mauvaise expérience ?

Mauvaise expérience 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très bonne expérience*

Votre situation familiale a-t-elle changé ces 6 derniers mois (naissance, séparation, ...) ?

☐₁ Oui ☐₀ Non

Si oui, remplissez les questions suivantes, sinon passez à la page suivante.

25-Vous vivez : | ☐₀ Seul ☐₁ En couple

26-Vous êtes :

☐₀ Célibataire ☐₁ Marié(e) ☐₂ Pacsé(e) ☐₃ En concubinage ☐₄ Divorcé(e) ☐₅ Veuf(ve)

27-Combien d'enfants de moins de 18 ans vivent dans votre foyer ?

28-Au total, vous compris, combien de personnes vivent dans votre foyer ?

Votre statut par rapport à l'emploi a-t-il changé ces 6 derniers mois ?

☐₁ Oui ☐₀ Non

Si oui, répondez aux questions suivantes.

29-Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ? (Ne cochez qu'une seule case)

☐₀ Agriculteurs exploitants

☐₁ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

☐₂ Cadre et professions intellectuelles supérieures

☐₃ Professions intermédiaires

☐₄ Employés

☐₅ Etudiant

☐₆ Ouvrier

☐₇ Retraité

☐₈ Sans activité professionnelle

☐₉ En invalidité

30-De quel(s) type(s) de contrat bénéficiez-vous ?

☐ CDI

☐ CDD

☐ CDD d'Insertion

☐ Intérim

☐ Contrat d'avenir (CAV)

☐ Contrat de professionnalisation/alternance

☐ Contrat Unique d'Insertion (CUI-CAE ou CUI-CIE)

☐ Contrat d'insertion revenu minimum d'activité (CI-RMA)

☐ Stagiaire

☐ Travail à mon compte

☐ Autre : _____

31-Vous travaillez : | ☐₀ A temps complet ☐₁ A temps partiel

32-Vos horaires de travail :

☐₀ De jour

☐₁ De nuit

☐₂ Sans horaires fixes

☐₃ Horaire posté de jour et de nuit (3x8 par exemple)

Vos ressources financières ont-elles changé ces 6 derniers mois ?

☐₁ Oui ☐₀ Non

Si oui, répondez aux questions suivantes.

33-Cochez ci-dessous les cases correspondant aux aides dont vous bénéficiez :

☐ Je ne bénéficie d'aucune aide	☐ ATA (Allocation Temporaire d'Attente)
☐ RSA (Revenu de Solidarité Active)	☐ AV (Allocation veuvage)
☐ AAH (Allocation Adulte Handicapé)	☐ ASV (Allocation Supplémentaire Vieillesse)
☐ ASI (Allocation supplémentaire d'invalidité)	☐ ARE (Aide au Retour à l'Emploi)
☐ CMU (Couverture Maladie Universelle)	☐ Aide au logement (APL, ALF, ALS)
☐ ASS (Allocation de Solidarité Spécifique)	

34-Quels sont les revenus mensuels nets de votre foyer ? (Ne cochez qu'une seule case)

☐ ₀ Moins de 900 €	☐ ₄ De 1901 à 2300 €
☐ ₁ De 900 à 1200 €	☐ ₅ De 2301 à 3000 €
☐ ₂ De 1201 à 1500 €	☐ ₆ De 3001 à 4000 €
☐ ₃ De 1501 à 1900 €	☐ ₇ Plus de 4000 €

Vos conditions de logement ont-elles changé ces 6 derniers mois ?

☐₁ Oui ☐₀ Non

Si oui, répondez aux questions suivantes.

35-Vous vivez :

- | |
|---|
| ☐ ₀ Dans un appartement |
| ☐ ₁ Dans une maison |

36-Concernant votre logement, vous êtes :

☐ ₀ Locataire privé	☐ ₄ Logé chez des amis/famille
☐ ₁ Locataire HLM	☐ ₅ Logé à l'hôtel
☐ ₂ Propriétaire	☐ ₆ En foyer
☐ ₃ En résidence universitaire	☐ ₇ Sans domicile

37-Vos conditions de logement (superficie, état général, loyer...) vous conviennent-elles ?

- | |
|---|
| ☐ ₁ Oui |
| ☐ ₀ Non |

Vous avez terminé de remplir votre questionnaire. Merci de bien vouloir le remettre à votre centre de tabacologie.

Nous vous remercions pour le temps que vous avez consacré à cette recherche.

Annexe V

Questionnaire perdus de vue, phase de suivi

Enquête ESTAP
- Questionnaire patients perdus de vue -

Ce questionnaire concerne les patients ayant rempli le questionnaire ESTAP initial mais perdus de vue lors d'une phase de suivi. Le remplissage peut se faire par simple contact téléphonique.

Identifiant ESTAP : _____ **Date du jour :** ____/____/____

Si le questionnaire n'a pu être rempli, merci d'en préciser la raison :

- ☐ Le patient n'a pas souhaité répondre au questionnaire
☐ Le patient n'a pas pu être contacté

Nombre de rendez-vous à la consultation de tabacologie : _____

Le patient déclare : ☐ Fumer ☐ Ne plus fumer

Ces 6 derniers mois, le patient a-t-il tenté d'arrêter ou arrêté de fumer totalement ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien de temps ? _____

Pour quelle(s) raison(s) le patient a-t-il décidé d'arrêter son suivi ? (Précisez lorsque cela est nécessaire)

- ☐ Il a arrêté de fumer et considère ne plus avoir besoin du suivi
☐ Il n'a plus envie d'arrêter
☐ Il a décidé d'arrêter par une autre méthode
☐ Le suivi proposé ne lui convenait pas
☐ Autre : _____

Précisez la réponse :



Si le patient est fumeur...

De 1 à 10, à combien évalue-t-il son intention d'arrêter ? (Entourez le chiffre correspondant à sa réponse)

Très faible 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très forte*

Si le patient décidait d'arrêter de fumer complètement dans les 6 prochains mois, à quel point est-il sûr de réussir ?

Pas du tout sûr 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait sûr*

Annexe VI

Questionnaire perdus de vue, phase finale

Enquête ESTAP - Questionnaire patients perdus de vue
Recueil final

Ce questionnaire concerne les patients ayant rempli le questionnaire ESTAP initial mais perdus de vue lors d'une phase de suivi. Le remplissage peut se faire par simple contact téléphonique.

Identifiant ESTAP : _____ **Date du jour :** ____/____/____

Si le questionnaire n'a pu être rempli, merci d'en préciser la raison :

- ☐ Le patient n'a pas souhaité répondre au questionnaire
☐ Le patient n'a pas pu être contacté

Nombre de rendez-vous à la consultation de tabacologie : _____

Le patient déclare : ☐ Fumer ☐ Ne plus fumer

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois a-t-il tenté d'arrêter plus de 7 jours ? [][]

Durée de la tentative la plus longue ? _____

Pour quelle(s) raison(s) le patient a-t-il décidé d'arrêter son suivi ? (Précisez lorsque cela est nécessaire)

- ☐ Il a arrêté de fumer et considère ne plus avoir besoin du suivi
☐ Il n'a plus envie d'arrêter
☐ Il a décidé d'arrêter par une autre méthode
☐ Le suivi proposé ne lui convenait pas
☐ Autre : _____

Précisez la réponse :



Si le patient est fumeur...

De 1 à 10, à combien évalue-t-il son intention d'arrêter ? (Entourez le chiffre correspondant à sa réponse)

Très faible 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Très forte*

Si le patient décidait d'arrêter de fumer complètement dans les 6 prochains mois, à quel point est-il sûr de réussir ?

Pas du tout sûr 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Tout à fait sûr*

Annexe VII

Analyses statistiques de la modélisation en équations structurelles – centres de tabacologie

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	97	55,346	39	,043	1,419
Saturated model	136	,000	0		
Independence model	16	2900,651	120	,000	24,172

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,461	,979	,928	,281
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	1,057	,679	,636	,599

Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	,981	,941	,994	,982	,994
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,325	,319	,323
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	16,346	,554	40,143
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	2780,651	2608,923	2959,711

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	,170	,050	,002	,124
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	8,925	8,556	8,027	9,107

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,036	,007	,056	,862
Independence model	,267	,259	,275	,000

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	249,346	260,054	616,675	713,675
Saturated model	272,000	287,013	787,018	923,018
Independence model	2932,651	2934,417	2993,241	3009,241

ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	,767	,719	,840	,800
Saturated model	,837	,837	,837	,883
Independence model	9,024	8,495	9,574	9,029

HOELTER

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	321	367
Independence model	17	18

Minimization: ,016
 Miscellaneous: 1,070
 Bootstrap: ,000
 Total: 1,086

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
ZTPI_PP_T0	<---	Epices	-,009	,002	-3,541	***	
ZTPI_PH_T0	<---	Epices	-,006	,003	-2,136	,033	
ZTPI_F_T0	<---	Epices	-,004	,003	-1,623	,105	
ZTPI_PN_T0	<---	Epices	,020	,003	6,681	***	
ZTPI_PF_T0	<---	Epices	,008	,003	3,267	,001	
ZTPI_FN_T0	<---	Epices	,010	,003	3,763	***	
ZTPI_PP_T0	<---	Age	,000	,004	-,065	,948	
ZTPI_PN_T0	<---	Age	,004	,005	,820	,412	
ZTPI_PH_T0	<---	Age	-,007	,004	-1,782	,075	
ZTPI_PF_T0	<---	Age	,007	,004	1,792	,073	
ZTPI_F_T0	<---	Age	-,009	,004	-2,333	,020	
ZTPI_FN_T0	<---	Age	-,007	,004	-1,609	,108	
ZTPI_PP_T0	<---	Sexe	-,192	,095	-2,026	,043	
ZTPI_PH_T0	<---	Sexe	-,192	,100	-1,929	,054	
ZTPI_PN_T0	<---	Sexe	,134	,117	1,145	,252	
ZTPI_PF_T0	<---	Sexe	,064	,097	,659	,510	
ZTPI_F_T0	<---	Sexe	-,090	,098	-,919	,358	
ZTPI_FN_T0	<---	Sexe	,376	,101	3,724	***	
bas_niveau_arret_T0	<---	Sexe	,256	,086	2,971	,003	
bas_niveau_arret_T0	<---	ZTPI_FN_T0	,150	,052	2,866	,004	
haut_niveau_arret_T0	<---	ZTPI_FN_T0	,014	,042	,343	,731	
bas_niveau_arret_T0	<---	ZTPI_F_T0	-,052	,049	-1,072	,284	
haut_niveau_arret_T0	<---	ZTPI_F_T0	,054	,040	1,339	,180	
bas_niveau_arret_T0	<---	ZTPI_PF_T0	-,010	,053	-,193	,847	
haut_niveau_arret_T0	<---	ZTPI_PF_T0	-,032	,044	-,724	,469	
bas_niveau_arret_T0	<---	ZTPI_PH_T0	,009	,049	,186	,852	
haut_niveau_arret_T0	<---	ZTPI_PH_T0	,100	,040	2,509	,012	
bas_niveau_arret_T0	<---	ZTPI_PN_T0	-,097	,045	-2,133	,033	
haut_niveau_arret_T0	<---	ZTPI_PN_T0	,054	,037	1,448	,148	
bas_niveau_arret_T0	<---	ZTPI_PP_T0	-,037	,050	-,745	,457	
haut_niveau_arret_T0	<---	ZTPI_PP_T0	,080	,041	1,930	,054	
attitudes_neg_tabac	<---	ZTPI_PP_T0	,061	,035	1,725	,085	
attitudes_neg_tabac	<---	ZTPI_PN_T0	,071	,032	2,206	,027	
attitudes_neg_tabac	<---	ZTPI_PH_T0	,081	,034	2,367	,018	
attitudes_neg_tabac	<---	ZTPI_FN_T0	,045	,037	1,217	,224	
Auto_efficacite_T0	<---	Age	-,006	,010	-,573	,567	
attitudes_neg_tabac	<---	Age	,003	,002	1,598	,110	

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Auto_efficacite_T0	<--- Sexe	-,077	,251	-,308	,758	
attitudes_neg_tabac	<--- Sexe	,099	,051	1,956	,050	
Normes_sociales	<--- Epices	-,007	,003	-2,472	,013	
Normes_sociales	<--- Age	,011	,004	2,389	,017	
attitudes_neg_tabac	<--- ZTPI_PF_T0	-,010	,037	-,276	,782	
attitudes_neg_tabac	<--- ZTPI_F_T0	-,027	,035	-,772	,440	
Auto_efficacite_T0	<--- ZTPI_FN_T0	-,296	,132	-2,236	,025	
Auto_efficacite_T0	<--- ZTPI_F_T0	,334	,138	2,409	,016	
Auto_efficacite_T0	<--- bas_niveau_arret_T0	-,454	,158	-2,864	,004	
Auto_efficacite_T0	<--- haut_niveau_arret_T0	,801	,187	4,292	***	
Intention_arret_T0	<--- attitudes_neg_tabac	,737	,160	4,605	***	
Intention_arret_T0	<--- Normes_sociales	-,046	,086	-,533	,594	
Intention_arret_T0	<--- ZTPI_FN_T0	-,220	,104	-2,110	,035	
Intention_arret_T0	<--- Auto_efficacite_T0	,236	,038	6,188	***	
Intention_arret_T0	<--- ZTPI_F_T0	,038	,099	,379	,705	
Intention_arret_T0	<--- ZTPI_PF_T0	-,218	,106	-2,054	,040	
Intention_arret_T0	<--- ZTPI_PH_T0	-,020	,098	-,206	,837	
Intention_arret_T0	<--- ZTPI_PN_T0	,204	,092	2,224	,026	
Intention_arret_T0	<--- ZTPI_PP_T0	,056	,101	,553	,580	
PRE_1	<--- Intention_arret_T0	,031	,000	490,597	***	
PRE_1	<--- Sexe	,007	,000	32,271	***	
PRE_1	<--- Age	-,001	,000	-151,022	***	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate
ZTPI_PP_T0	<--- Epices	-,192
ZTPI_PH_T0	<--- Epices	-,117
ZTPI_F_T0	<--- Epices	-,089
ZTPI_PN_T0	<--- Epices	,347
ZTPI_PF_T0	<--- Epices	,177
ZTPI_FN_T0	<--- Epices	,199
ZTPI_PP_T0	<--- Age	-,004
ZTPI_PN_T0	<--- Age	,043
ZTPI_PH_T0	<--- Age	-,098
ZTPI_PF_T0	<--- Age	,098
ZTPI_F_T0	<--- Age	-,129
ZTPI_FN_T0	<--- Age	-,086
ZTPI_PP_T0	<--- Sexe	-,110
ZTPI_PH_T0	<--- Sexe	-,106
ZTPI_PN_T0	<--- Sexe	,060
ZTPI_PF_T0	<--- Sexe	,036
ZTPI_F_T0	<--- Sexe	-,051
ZTPI_FN_T0	<--- Sexe	,199
bas_niveau_arret_T0	<--- Sexe	,164
bas_niveau_arret_T0	<--- ZTPI_FN_T0	,182
haut_niveau_arret_T0	<--- ZTPI_FN_T0	,021

	Estimate
bas_niveau_arret_T0 <--- ZTPI_F_T0	-,059
haut_niveau_arret_T0 <--- ZTPI_F_T0	,073
bas_niveau_arret_T0 <--- ZTPI_PF_T0	-,011
haut_niveau_arret_T0 <--- ZTPI_PF_T0	-,043
bas_niveau_arret_T0 <--- ZTPI_PH_T0	,011
haut_niveau_arret_T0 <--- ZTPI_PH_T0	,140
bas_niveau_arret_T0 <--- ZTPI_PN_T0	-,138
haut_niveau_arret_T0 <--- ZTPI_PN_T0	,093
bas_niveau_arret_T0 <--- ZTPI_PP_T0	-,042
haut_niveau_arret_T0 <--- ZTPI_PP_T0	,107
attitudes_neg_tabac <--- ZTPI_PP_T0	,093
attitudes_neg_tabac <--- ZTPI_PN_T0	,139
attitudes_neg_tabac <--- ZTPI_PH_T0	,129
attitudes_neg_tabac <--- ZTPI_FN_T0	,075
Auto_efficacite_T0 <--- Age	-,030
attitudes_neg_tabac <--- Age	,071
Auto_efficacite_T0 <--- Sexe	-,017
attitudes_neg_tabac <--- Sexe	,087
Normes_sociales <--- Epices	-,131
Normes_sociales <--- Age	,128
attitudes_neg_tabac <--- ZTPI_PF_T0	-,016
attitudes_neg_tabac <--- ZTPI_F_T0	-,041
Auto_efficacite_T0 <--- ZTPI_FN_T0	-,121
Auto_efficacite_T0 <--- ZTPI_F_T0	,128
Auto_efficacite_T0 <--- bas_niveau_arret_T0	-,153
Auto_efficacite_T0 <--- haut_niveau_arret_T0	,224
Intention_arret_T0 <--- attitudes_neg_tabac	,245
Intention_arret_T0 <--- Normes_sociales	-,027
Intention_arret_T0 <--- ZTPI_FN_T0	-,121
Intention_arret_T0 <--- Auto_efficacite_T0	,318
Intention_arret_T0 <--- ZTPI_F_T0	,019
Intention_arret_T0 <--- ZTPI_PF_T0	-,112
Intention_arret_T0 <--- ZTPI_PH_T0	-,011
Intention_arret_T0 <--- ZTPI_PN_T0	,133
Intention_arret_T0 <--- ZTPI_PP_T0	,028
PRE_1 <--- Intention_arret_T0	,954
PRE_1 <--- Sexe	,063
PRE_1 <--- Age	-,296

Covariances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
e14 <--> e15	-,761	,336	-2,261	,024	
e7 <--> e8	-,112	,049	-2,290	,022	
e7 <--> e9	,121	,042	2,892	,004	
e7 <--> e10	-,001	,040	-,028	,978	
e7 <--> e11	,038	,041	,934	,351	

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
e7 <--> e12	-,065	,042	-1,554	,120	
e8 <--> e9	,048	,051	,933	,351	
e8 <--> e10	,322	,053	6,116	***	
e8 <--> e11	-,100	,050	-1,987	,047	
e8 <--> e12	,418	,057	7,372	***	
e9 <--> e10	,129	,043	3,014	,003	
e9 <--> e11	,098	,043	2,265	,024	
e9 <--> e12	,114	,045	2,560	,010	
e10 <--> e11	-,096	,042	-2,298	,022	
e10 <--> e12	,213	,044	4,811	***	
e11 <--> e12	-,075	,043	-1,718	,086	
e1 <--> e2	,132	,031	4,315	***	
e1 <--> e3	,080	,052	1,542	,123	
e1 <--> e18	,202	,022	9,171	***	
e1 <--> e17	-,043	,018	-2,341	,019	
e2 <--> e18	,113	,035	3,253	,001	
e2 <--> e17	-,013	,040	-,330	,741	

Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
e14 <--> e15	-,126
e7 <--> e8	-,128
e7 <--> e9	,162
e7 <--> e10	-,002
e7 <--> e11	,052
e7 <--> e12	-,087
e8 <--> e9	,052
e8 <--> e10	,361
e8 <--> e11	-,111
e8 <--> e12	,448
e9 <--> e10	,170
e9 <--> e11	,127
e9 <--> e12	,143
e10 <--> e11	-,128
e10 <--> e12	,277
e11 <--> e12	-,096
e1 <--> e2	,246
e1 <--> e3	,068
e1 <--> e18	,588
e1 <--> e17	-,106
e2 <--> e18	,183
e2 <--> e17	-,018

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
e13	353,846	27,758	12,748	***	
e14	146,523	11,494	12,748	***	
e15	,247	,019	12,748	***	
e7	,709	,056	12,748	***	
e8	1,078	,085	12,748	***	
e9	,786	,062	12,748	***	
e10	,738	,058	12,748	***	
e11	,756	,059	12,748	***	
e12	,805	,063	12,748	***	
e17	,559	,044	12,748	***	
e18	,394	,031	12,748	***	
e1	,299	,023	12,799	***	
e2	,971	,076	12,748	***	
e3	4,635	,364	12,748	***	
e4	2,262	,177	12,748	***	
e16	,000	,000	12,748	***	

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
Sexe	,000
Age	,000
Epices	,000
ZTPI_FN_T0	,091
ZTPI_F_T0	,025
ZTPI_PF_T0	,042
ZTPI_PH_T0	,032
ZTPI_PN_T0	,125
ZTPI_PP_T0	,049
haut_niveau_arret_T0	,049
bas_niveau_arret_T0	,072
Auto_efficacite_T0	,123
Normes_sociales	,034
attitudes_neg_tabac	,069
Intention_arret_T0	,223
PRE_1	,999

Annexe VIII

Analyses statistiques de la modélisation en équations structurelles – Online

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	87	69,294	49	,030	1,414
Saturated model	136	,000	0		
Independence model	16	589,114	120	,000	4,909

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,385	,947	,854	,341
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	1,992	,655	,609	,578

Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	,882	,712	,962	,894	,957
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,408	,360	,391
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	20,294	2,197	46,405
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	469,114	397,167	548,587

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	,453	,133	,014	,303
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	3,850	3,066	2,596	3,586

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,052	,017	,079	,429
Independence model	,160	,147	,173	,000

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	243,294	265,044	507,509	594,509
Saturated model	272,000	306,000	685,026	821,026
Independence model	621,114	625,114	669,705	685,705

ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	1,590	1,472	1,761	1,732
Saturated model	1,778	1,778	1,778	2,000
Independence model	4,060	3,589	4,579	4,086

HOELTER

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	147	166
Independence model	39	42

Minimization: ,031
Miscellaneous: ,650
Bootstrap: ,000
Total: ,681

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Epices	<--- Age	,153	,094	1,631	,103	
Epices	<--- Sexe	-2,168	2,632	-,824	,410	
ZTPI_PH	<--- Age	-,031	,006	-5,317	***	
ZTPI_FN	<--- Epices	,011	,005	2,162	,031	
ZTPI_F	<--- Epices	,000	,005	-,082	,935	
ZTPI_PF	<--- Epices	,013	,005	2,564	,010	
ZTPI_PH	<--- Epices	-,010	,005	-2,037	,042	
ZTPI_PN	<--- Epices	,010	,006	1,690	,091	
ZTPI_PP	<--- Epices	-,013	,005	-2,462	,014	
ZTPI_FN	<--- Age	-,004	,006	-,735	,463	
ZTPI_F	<--- Age	,002	,006	,317	,751	
ZTPI_PF	<--- Age	,007	,006	1,114	,265	
ZTPI_PN	<--- Age	,000	,007	-,018	,986	
ZTPI_PP	<--- Age	-,017	,006	-2,816	,005	
ZTPI_PP	<--- Sexe	-,224	,172	-1,299	,194	
ZTPI_PN	<--- Sexe	,029	,201	,144	,886	
ZTPI_PH	<--- Sexe	-,310	,164	-1,896	,058	
ZTPI_PF	<--- Sexe	,167	,170	,984	,325	
ZTPI_F	<--- Sexe	,192	,162	1,185	,236	
ZTPI_FN	<--- Sexe	,524	,167	3,145	,002	
Auto_efficacite_T0	<--- ZTPI_F	,516	,259	1,992	,046	
Auto_efficacite_T0	<--- ZTPI_FN	-,665	,262	-2,533	,011	
Auto_efficacite_T0	<--- ZTPI_PN	,327	,225	1,449	,147	
Auto_efficacite_T0	<--- Sexe	,797	,504	1,580	,114	
Auto_efficacite_T0	<--- ZTPI_PF	,004	,255	,014	,989	
Auto_efficacite_T0	<--- ZTPI_PH	,036	,227	,159	,874	
Auto_efficacite_T0	<--- ZTPI_PP	,050	,230	,216	,829	
distance_contraste	<--- Auto_efficacite_T0	-,143	,037	-3,885	***	
distance_contraste	<--- Age	-,018	,007	-2,664	,008	
Normes_sociales	<--- ZTPI_FN	,520	,161	3,232	,001	
haut_niveau_arret_T0	<--- distance_contraste	-,129	,039	-3,318	***	
attitudes_neg_tabac	<--- ZTPI_PN	,157	,052	2,997	,003	
Normes_sociales	<--- Sexe	-,957	,336	-2,853	,004	
haut_niveau_arret_T0	<--- Sexe	-,100	,117	-,861	,389	
haut_niveau_arret_T0	<--- Age	,011	,005	2,352	,019	
attitudes_neg_tabac	<--- Age	,016	,005	3,188	,001	
Normes_sociales	<--- Age	,032	,012	2,643	,008	

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
attitudes_neg_tabac	<--- ZTPI_PP	,009	,054	,162	,872	
attitudes_neg_tabac	<--- ZTPI_PH	,005	,056	,083	,934	
attitudes_neg_tabac	<--- ZTPI_PF	,020	,059	,331	,741	
attitudes_neg_tabac	<--- ZTPI_F	,061	,060	1,016	,310	
attitudes_neg_tabac	<--- ZTPI_FN	,012	,061	,203	,839	
Normes_sociales	<--- Epices	,002	,010	,195	,845	
Intention_T0	<--- Normes_sociales	,136	,095	1,435	,151	
Intention_T0	<--- haut_niveau_arret_T0	,561	,274	2,045	,041	
Intention_T0	<--- attitudes_neg_tabac	,751	,274	2,735	,006	
Intention_T0	<--- Auto_efficacite_T0	,328	,079	4,143	***	
Proba_tentative	<--- Intention_T0	,016	,007	2,213	,027	
Proba_tentative	<--- Epices	-,011	,002	-7,055	***	
Proba_tentative	<--- Sexe	-,139	,049	-2,815	,005	
Proba_tentative	<--- Age	,009	,002	5,183	***	
Proba_tentative	<--- ZTPI_F	-,051	,025	-2,080	,038	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate
Epices	<--- Age	,130
Epices	<--- Sexe	-,066
ZTPI_PH	<--- Age	-,387
ZTPI_FN	<--- Epices	,169
ZTPI_F	<--- Epices	-,007
ZTPI_PF	<--- Epices	,203
ZTPI_PH	<--- Epices	-,149
ZTPI_PN	<--- Epices	,137
ZTPI_PP	<--- Epices	-,191
ZTPI_FN	<--- Age	-,057
ZTPI_F	<--- Age	,026
ZTPI_PF	<--- Age	,088
ZTPI_PN	<--- Age	-,001
ZTPI_PP	<--- Age	-,218
ZTPI_PP	<--- Sexe	-,100
ZTPI_PN	<--- Sexe	,012
ZTPI_PH	<--- Sexe	-,137
ZTPI_PF	<--- Sexe	,077
ZTPI_F	<--- Sexe	,096
ZTPI_FN	<--- Sexe	,244
Auto_efficacite_T0	<--- ZTPI_F	,168
Auto_efficacite_T0	<--- ZTPI_FN	-,231
Auto_efficacite_T0	<--- ZTPI_PN	,132
Auto_efficacite_T0	<--- Sexe	,129
Auto_efficacite_T0	<--- ZTPI_PF	,001
Auto_efficacite_T0	<--- ZTPI_PH	,013
Auto_efficacite_T0	<--- ZTPI_PP	,018
distance_contraste	<--- Auto_efficacite_T0	-,295

		Estimate
distance_contraste	<--- Age	-,167
Normes_sociales	<--- ZTPI_FN	,248
haut_niveau_arret_T0	<--- distance_contraste	-,222
attitudes_neg_tabac	<--- ZTPI_PN	,223
Normes_sociales	<--- Sexe	-,212
haut_niveau_arret_T0	<--- Sexe	-,058
haut_niveau_arret_T0	<--- Age	,182
attitudes_neg_tabac	<--- Age	,260
Normes_sociales	<--- Age	,202
attitudes_neg_tabac	<--- ZTPI_PP	,011
attitudes_neg_tabac	<--- ZTPI_PH	,006
attitudes_neg_tabac	<--- ZTPI_PF	,024
attitudes_neg_tabac	<--- ZTPI_F	,070
attitudes_neg_tabac	<--- ZTPI_FN	,015
Normes_sociales	<--- Epices	,014
Intention_T0	<--- Normes_sociales	,089
Intention_T0	<--- haut_niveau_arret_T0	,142
Intention_T0	<--- attitudes_neg_tabac	,192
Intention_T0	<--- Auto_efficacite_T0	,295
Proba_tentative	<--- Intention_T0	,144
Proba_tentative	<--- Epices	-,462
Proba_tentative	<--- Sexe	-,184
Proba_tentative	<--- Age	,341
Proba_tentative	<--- ZTPI_F	-,136

Covariances: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
eZTPI_PH	<-->	eZTPI_PP	,164	,061	2,680	,007	
eZTPI_PH	<-->	eZTPI_PN	,058	,070	,834	,404	
eZTPI_PH	<-->	eZTPI_PF	-,037	,059	-,634	,526	
eZTPI_PH	<-->	eZTPI_FN	-,004	,058	-,070	,944	
eZTPI_PH	<-->	eZTPI_F	-,010	,056	-,179	,858	
eZTPI_PP	<-->	eZTPI_PN	-,010	,073	-,138	,890	
eZTPI_PP	<-->	eZTPI_PF	-,067	,062	-1,085	,278	
eZTPI_PP	<-->	eZTPI_FN	,073	,061	1,197	,231	
eZTPI_PP	<-->	eZTPI_F	,021	,059	,363	,717	
eZTPI_PN	<-->	eZTPI_PF	,311	,077	4,056	***	
eZTPI_PN	<-->	eZTPI_FN	,382	,077	4,933	***	
eZTPI_PN	<-->	eZTPI_F	-,232	,071	-3,256	,001	
eZTPI_PF	<-->	eZTPI_FN	,211	,062	3,375	***	
eZTPI_PF	<-->	eZTPI_F	-,253	,062	-4,091	***	
eZTPI_FN	<-->	eZTPI_F	-,141	,058	-2,425	,015	
eNormes	<-->	eHaut_niveau	,281	,100	2,818	,005	
eNormes	<-->	eAttitudes	,379	,101	3,737	***	
eHaut_niveau	<-->	eAttitudes	,239	,043	5,619	***	
eIntention	<-->	eDistance	-1,718	,279	-6,169	***	

Correlations: (Group number 1 - Default model)

		Estimate
eZTPI_PH	<--> eZTPI_PP	,222
eZTPI_PH	<--> eZTPI_PN	,068
eZTPI_PH	<--> eZTPI_PF	-,051
eZTPI_PH	<--> eZTPI_FN	-,006
eZTPI_PH	<--> eZTPI_F	-,014
eZTPI_PP	<--> eZTPI_PN	-,011
eZTPI_PP	<--> eZTPI_PF	-,088
eZTPI_PP	<--> eZTPI_FN	,097
eZTPI_PP	<--> eZTPI_F	,029
eZTPI_PN	<--> eZTPI_PF	,347
eZTPI_PN	<--> eZTPI_FN	,435
eZTPI_PN	<--> eZTPI_F	-,273
eZTPI_PF	<--> eZTPI_FN	,284
eZTPI_PF	<--> eZTPI_F	-,350
eZTPI_FN	<--> eZTPI_F	-,200
eNormes	<--> eHaut_niveau	,234
eNormes	<--> eAttitudes	,317
eHaut_niveau	<--> eAttitudes	,510
eIntention	<--> eDistance	-,587

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Sexe	,172	,020	8,746	***	
eAge	135,900	15,538	8,746	***	
eEpices	182,289	20,842	8,746	***	
eZTPI_PH	,701	,080	8,746	***	
eZTPI_PP	,776	,089	8,746	***	
eZTPI_PN	1,056	,121	8,746	***	
eZTPI_PF	,758	,087	8,746	***	
eZTPI_FN	,729	,083	8,746	***	
eZTPI_F	,687	,079	8,746	***	
eAuto_efficacite	6,044	,691	8,746	***	
eDistance	1,365	,156	8,746	***	
eNormes	3,068	,351	8,746	***	
eHaut_niveau	,471	,054	8,746	***	
eAttitudes	,467	,053	8,746	***	
eIntention	6,271	,727	8,623	***	
eTentative	,063	,007	8,746	***	

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
Age	,000
Epices	,021
ZTPI_F	,010
ZTPI_FN	,083
ZTPI_PF	,058
ZTPI_PN	,019
ZTPI_PP	,102
ZTPI_PH	,203
Auto_efficacite_T0	,080
distance_contraste	,115
attitudes_neg_tabac	,122
haut_niveau_arret_T0	,099
Normes_sociales	,122
Intention_T0	,231
Proba_tentative	,357

Annexe IX

Verbatim de quatre entretiens caractéristiques

**** *REF_E_01 *SEXE_M *PRECAIRE_OUI *CSP_SANS *AIDE_OUI

C'est c'est la seule drogue que j'ai pas réussi, l'alcool, l'alcool ça c'est fait, la drogue dure aussi mais la la cigarette... c'est comme un manque des autres addicts c'est c'est

Ca compense les autres drogues

Je pense ouais je pense que bon j'aime ça, j'aime un peu aussi pour m'évader la petite cigarette qui fait rire mais mais je suis un gros fumeur, même en étant gamin il fallait que je fume à la mi-temps et ça ça m'énerve. C'est pas bon.

Parce que vous fumez depuis longtemps du coup

J'ai commencé à 14 ans et j'ai jamais arrêté. J'ai essayé avec les médicaments, j'ai essayé heu bon ça me rend dingue, tout le monde me dit refume quoi. Ah ouais ça me rend vraiment hystérique. J'ai ma première femme, on a essayé ensemble d'arrêter, j'ai tenu... allez... en gros une semaine. Après je réduis mais tu rattrapes... et alors ce que tu fumes pas d'une journée tu vas le fumer la nuit si tu sors heu si tu peins dans la nuit. C'est heu un vice infernal. ... Parce que même avec, j'ai essayé les cigarettes électroniques bon ben c'est un peu psychologique sur le moment mais au bout de cinq jours six jours, une semaine, allez disons une semaine heu ben nous on est des, on a besoin beaucoup de nicotine quoi donc moi j'ai pas la compensation même en prenant des doses heu le maxi.

Vous n'y trouvez pas votre compte

Non j'ai l'impression de pas fumer, de crapoter, de passer le temps mais et là c'est un besoin quand le matin je bois un café il faut ma cigarette quoi.

C'est associé, vous avez cette habitude du matin

Ha ouais ouais et même psychologiquement, moi j'ai arrêté l'alcool comme ça sans aide et tout du jour au lendemain, le déclic quoi. La clope c'est jamais venu, j'ai envie j'ai envie c'est plus fort que moi.

Parce que la clope ça fonctionne différemment ? Vous me disiez vous avez arrêté les drogues dures, vous avez arrêté l'alcool comme ça du jour au lendemain la cigarette du coup c'est différent, ce que vous me disiez tout à l'heure, ça compense les autres drogues

Ben j'ai l'impression que ouais ça soulage un peu toutes les autres addictions tu vois. Même les vices style le jeu, style tout ça heu ça serait facile quoi. Tu vois comme j'ai des copains ils ont arrêté de fumer ils vont l'argent dans le jeu heu dans ce cas là en plus plus d'argent parce que bon maintenant c'est vrai qu'on arrive à s'économiser quoi à 6,50 le paquet faut être maso quoi donc là c'est 10,30 t'en fais une centaine (en montrant son pot de tabac à rouler) ça te fait quatre paquets donc rattrapé comme ça tu réduis mensuellement. Après maintenant tu as Internet tu peux commander de l'étranger tu as des copains qui sont routiers ben on fait fifty-fifty on s'en achète pour le mois à somme réduite quoi.

Vous faites des achats en gros à l'étranger ?

En gros ha ouais, oui ha oui tu es obligé

Pour économiser ?

Ha oui

Parce qu'avant vous fumiez en fait des cigarettes manufacturées et là vous êtes passé au tabac à rouler.

C'est ça.

Et du coup c'était uniquement pour des motivations financières ?

Aussi.

Aussi mais pas que.

Pas que ... Parce que tu ne retrouves pas les mêmes goûts dans toute sorte de tabac. Ils sont malins ! Tu, moi je fumais des Winston heu je fume encore des Winston heu quand j'ai pas le temps de m'en faire j'en achète un, par exemple. Donc comme aujourd'hui je suis parti j'avais des trucs à faire je savais que j'avais un rendez-vous donc ben au lieu de me les faire 20 ici j'ai pas envie voilà je me paye un paquet de cigarettes. Et c'est pour le goût et aussi parce que c'est pratique parce que j'ai gagné trois francs six sous en faisant ça que je me permets de me payer un paquet. Alors qu'il y en a ils peuvent pas se permettre.

C'est un petit plaisir quelque part vous avez cette consommation là puis de temps en temps vous allez acheter un paquet

Voilà c'est ça, ce que j'appelle les vraies et les pas-vraies. Parce que c'est pas du tout pareil au niveau du goût ou au niveau de la texture et elles se fument très vite. Par exemple là c'est des gadgets c'est un euro les cent tu vois des Playboy (montre son paquet de tubes de cigarettes Playboy). C'est des tubes en fait tu vois que tu mets ton tabac avec la machine. Tu vois une petite machine. Tu bourres ton tabac alors si t'en veux une fine, une grosse, une très grosse quand t'as vraiment envie de fumer, tu peux doser ça aussi c'est comme à la feuille à la main. Et heu ... y'a le côté gadget quoi. Des Playboy, dans des boîtes à nanas (Rires).

Et c'est important d'avoir ce petit côté design, marque Playboy ?

Ouais j'aime bien me démarquer parce qu'on me dit c'est quoi ça puis bon ben avec une tu peux en échanger deux. Il y a toujours un côté malicieux quoi.

D'accord, parce que vous faites des échanges.

Ouais. Ben t'as une clope. Si mais c'est Playboy. Ouah c'est quoi ça ? Ha ben ça vient de sortir na na na. Ben tiens donne moi deux de tes blondes et j't'en donne une quoi. ... (Rires) Et le gars il sait pas qu'il fume du Winston. ... Ouais y'a le côté nouveau et ils aiment bien quoi. Moi je m'aperçois qu'il y a beaucoup, beaucoup, même dans le monde sportif, je fais du foot, je fais du basket, ben tout le monde fume, tout le monde boit quoi. La plupart ouais. Il y a très très peu de gens de mon âge, je vais avoir 49 ans heu qu'ont une vie très saine. Après faut aller dans, dans l'élite quoi, les vrais sportifs, les les ...

Les sportifs amateurs ont une consommation alcool tabac et si on veut arriver un cran au-dessus on fume plus. Ouais voilà faut aller ... les pros quoi, les professionnels. Mais c'est vrai le monde comme tu dis d'amateurs, j'ai fait Aubière, j'ai fait pas mal de clubs, ils fument tous le tarpé avant l'entraînement, après l'entraînement. Hier j'étais à Chapdes-Beaufort avec des collègues de foot, ha ouais ils s'enquillent 3, 4 bières et 6, 7 clopes voire le joint. C'est c'est maintenant banal quoi.

Et vous en pensez quoi de ça ?

Ben c'est dommage quoi.

C'est dommage.

Ha ouais parce que ça veut dire c'est des mecs... ok ils font du sport mais ... il y en a, ils boivent tous les jours. Les collègues à moi ils boivent tous les jours donc y'a deux addictions voire trois si ils prennent encore d'autres choses quoi. Ou le jeu.

Oui donc il y a à la fois cette problématique d'addiction à l'alcool tabac et il peut y avoir aussi le jeu d'un autre côté.

Ha oui oui oui ça tourne tout autour de ça, tout autour de ça. De toute façon il y a rare que j'ai vu des potes où ils sont nickels quoi ça veut dire ils fument pas, ils boivent pas heu voilà quoi c'est, ils ont tous quelque chose.

Et pour vous quand vous cherchiez, le fait de faire du sport, vous vous attendiez pas à cette image de boire, fumer un pétard avant l'entraînement.

Ben nan parce que moi je, déjà pour arrêter de fumer, je vais arriver dans un endroit où les gars, bon ben l'exemple quoi, ça court, ça boit de l'eau, ça me boosterait, ça me motiverait encore plus pour arrêter. Là t'arrives, t'as pas une clope, l'autre il fume. Même l'entraîneur fume ! Tout le monde fume. Ca court hein, les mecs ils y envoient quand même mais bon, t'es pas aidé quoi. Je suis le seul à pas boire d'alcool. Ils boivent tous de la bière et tout mais tous ils fument. La plupart, sur quinze bonhommes, il doit y en avoir qu'un qui fume pas mais qui a eu fumé ou qui rattrape par ça. Donc non quoi t'es pas aidé. Voilà voilà.

Donc oui pour arrêter de fumer il faudrait un environnement où les gens ne fument pas, ne boivent pas.

Ben ça m'aiderait beaucoup oui. Par exemple moi quand je travaille je serais avec des gamins, des tout-petits maternels, des primaires dans les écoles, là là là tu t'abtiens absolument. T'as pas le droit à la cigarette, tolérance zéro. Oui pendant 3, 4 heures de boulot ben voilà quoi. Bon c'est sûr à moins d'être planqué et trouver un coin fumeur parce que pendant l'école il y en a qui fument aussi. On a un petit coin maintenant mais bon j'ai pas envie parce que c'est trop facile après.

Qu'est-ce qui est trop facile ?

Et ben de D'avoir un endroit fumeur, un espace à nous. Après là t'y es, sur quatre heures t'y es une heure.

En fait vous vous mettez des contraintes. Vous dites quand vous êtes en contact avec des petits vous ne fumez pas du tout.

Je ne fume pas parce que ha tu pues tu vois, tu as toujours heu le côté heu ben faut pas le faire. Avec des enfants, faut pas faut pas sentir l'alcool heu faut pas sentir la cigarette.

Parce qu'il y a cette odeur caractéristique.

Bien sûr

Les petits ils vous disent

Ben ils le disent pas mais je suppose qu'ils le sentent et ben disons quand tu sens pas bon ça veut dire tu pues la clope. Quelqu'un qui vient de fumer qui va parler à un gamin qui est blessé et tout ... le gamin tu pues (Rires). Eux c'est cash, y'a pas de, et tu sais que c'est pas une insulte mais hein heu tu sens pas comme d'habitude. Tu sens pas bon.

Et vous ressentez ce poids quelque part

Et ben quand quand je travaille avec des primaires et tout ben ben oui je le sentais parce que il y en a qui disent ouais quand on faisait du sport, on leur faisait faire de la danse, on était dans un endroit assez fermé et tout et et nous on se rend pas compte. Entre fumeurs on sent pas.

C'est différent

Je sais pas si vous avez déjà fumé vous

Non je ne fume pas

Mais quand vous arrivez là vous sentez vous sentez pas fumé heu vous sentez pas la cigarette

Hum hum

Pareil ici je ne fume pas à l'intérieur

D'accord

Mes copains hop on fume en terrasse, sinon j'avais un appart avant pffff, c'était tout jauni, ça colle aux carreaux, ouais c'est heu même dans la voiture je ne fume pas enfin tu vois j'essaye heu

Vous vous mettez des règles

Ouais comme si j'étais un nonsfumeur

Comme si vous étiez non-fumeur

Comme si j'étais un non-fumeur, au niveau de l'hygiène, au niveau du respect, au niveau de voilà quoi

Vous dites au niveau de l'hygiène parce que vous considérez que chez un fumeur qui va fumer dans son intérieur ça va être sale, c'est ça ?

Ouais c'est ouais c'est pas bon heu pour un enfant qu'arrive, un neveu n'importe quoi quelqu'un qui ne fume pas oui heu moi je suis resté 11 ans dans l'appartement où j'étais, il y avait ça malgré qu'on faisait les carreaux, il y avait ça de nicotine de collé aux carreaux quoi.

Oui

A des endroits que tu peux pas atteindre, des fenêtres, les draps t'es obligé de les jeter c'est tout nicotiné enfin heu c'est de la folie quoi. Rien que déjà la poussière, tu vois moi je faisais de la biologie et tout et les acariens, je faisais des études là-dedans, des analyses et tout c'est la folie même si tu crois que c'est propre t'as lavé ton tapis t'as encore des milliers de colonies, de races même mutantes d'acariens alors imagine avec des environnements style...

Pour vous cela va favoriser le développement d'acariens

Oh oui bien sûr

De saleté

Bien sûr bien sûr

Et du coup les personnes qui viennent dans cet appartement, chez un fumeur, vont percevoir ces choses-là, vont se sentir dans un environnement négatif en appartement...

Ouais moi je pense que oui, je pense que quelqu'un qui est ... moi quand je suis arrivé ici, tu vois, c'était mon premier appartement neuf, et déjà il y avait des bonnes ondes et tout ça et j'avais pas envie d'y gâcher en fumant, en invitant des gens, ça va fumer tout partout quoi et c'est pas bon quoi

C'est en arrivant de ce nouvel appartement que vous vous êtes dit on ne fume pas à l'intérieur

Ouais parce que je fumais avant, je tolérais avant dans l'appartement alors quand il y avait des fêtes tout ça, tout le monde fumait il y avait toujours des cendres de cigarettes derrière le canapé, il y en a qui se brûlait enfin tu vois, et c'est vrai ça faisait sale quoi. Quand tu nettoies tout que tu dois le rendre en état des lieux putain tu vois les traces des meubles et tout et ça a tout jauni tout autour et tu te dis putain, et t'avais l'impression... enfin tu le voyais pas avant

C'est au déménagement que vous vous êtes rendu compte en fait quand vous avez eu justement cet état des lieux

Voilà, quand j'ai dit le jour où je vais réaménager quelque part, 0 cigarette, ah ouais 0 cigarette. Quand t'es resté plus de 10 ans dans un appart, tu vois, par exemple là contournement de meuble c'est tout jaune quoi quoi tu te dis c'est pas. C'est pas de la rouille quoi, c'est vraiment le tabac qu'est venu de la nicotine

Oui oui ça met de la nicotine partout

Ouais ça met de la nicotine qui est invisible mais que tu vois, après voilà sur un mur blanc, sur un papier alors imagine les poumons enfin c'est tout comme ça c'est tout, moi je me rends compte de plus en plus, j'arrive à 50 balais j'aimerais bien je sais pas moi rien que 2 ans d'arrêter de fumer, de voir ce que c'est de ne pas fumer ouais. Alors je prends la moto, comme ça, ça m'occupe me mains avec les gants, je fais tout en sorte de fumer le moins possible quoi et ça ça revient c'est vicieux c'est comme l'alcool quoi, ça en plus c'est partout c'est gratuit c'est accessible quoi. Alors que tu habiterais à la campagne avec un tabac qui est à 10 bornes t'as pas de clopes ben t'as pas de clopes quoi. Alors que là tu prends la bagnole et (sifflement)

Oui c'est trop facile d'accès après
Et ouais, c'est trop facile d'accès
Et malgré ce que vous faites, essayer de vous occuper les mains, vous ressentez justement ce côté un peu, ce que vous disiez, malicieux
Oui oui
Ça se rappelle à vous régulièrement
Ouais ouais bien sûr
Et ce serait plus facile dans ce cas-là si vous étiez à la campagne, s'il y a des kilomètres à faire pour aller jusqu'au bureau de tabac
Ben le jour où t'as plus de clopes, t'as plus de clopes, ben tu t'abstiens comme heu... ça m'est arrivé quand j'étais en stage ou tout ça ou il y avait je te dis des endroits il y avait rien voilà heu tu, il y a pas clopes il y a pas clopes. C'est dur mais. Alors le lendemain tu rattrapes par contre, t'en fumes 3 au lieu d'une quoi
Parce que si vous fumez moins la veille, vous allez avoir tendance à rattraper le lendemain
Les gros fumeurs ha oui, t'as en fait c'est un emmagasinement de besoins nicotineux c'est pour ça qu'ils ont fait la cigarette électronique en essayant de rattraper un peu la dose et tout mais bon c'est la molécule ben là tu diagnostiques une clope t'as même pas envie de fumer quand tu vois ce que c'est ah oui j'avais vu ça au Dispensaire Emile Roux : c'est autopsie d'un meurtrier et après t'as tous les composants (siffle) et après t'as peur hein, de l'acide, des trucs, des gaz, de l'ammoniaque et j'en passe du poison enfin tout tout, ben malgré ça, ça marche tu le mets à 10 euros le paquet il y a du monde, ils feront la queue, c'est incroyable.
Et d'un côté ça vous fait peur, ce que vous disiez, de savoir qu'il y a ces produits dedans mais même les gens qui savent ce qu'il y a dedans continuent de fumer
Ha oui oui oui ça les arrêtera pas, c'est la mort à petit feu c'est un clou, chaque clope est un clou, rien à foutre parce que t'es addict, il y a des fumeurs bon je dis pas il y a des fumeurs ha moi j'en fume pas beaucoup j'en fume 3, 4 ça c'est vraiment des petits fumeurs passifs comme il y a des fumeurs comme moi, ah ouais moi, moi ça m'est arrivé, quand je buvais à l'époque quand j'étais plus jeune de faire la fête heu je faisais 2 paquets, 3 paquets quoi alors je fumais 1 paquet jour, 1 paquet entre le jour et la nuit et 1 la nuit et sans dormir et alors là je t'explique pas parce que prendre les poumons et tout quoi déjà le porte-monnaie mais rien que la santé, ça va que j'étais toujours sportif, toujours j'ai couru, je fais du foot toujours mais heu j'en vois ils toussent, ils arrivent à 50 balais en contrôle technique laisse tomber
Et c'est ça qui vous motive à arrêter du coup
Ah oui ben oui
Parce que là vous me parlez de la cinquantaine vous en voyez à 50 ans qui toussent
Ah ben oui moi je vois mon frère cinquante heu on a 4 ans de différence pareil il boit il fume pfff il tousse tout le temps enfin en plus il a eu des problèmes de santé, il s'est fait opéré du cœur nananère moi j'ai pas envie ah ouais d'en arriver là non non
Pour vous c'est les risques, c'est ce qui risque d'arriver
Oh ben oui qu'après la continuité, quelqu'un qui fume beaucoup c'est heu voilà c'est les artères tout ça qui se bouche, le cancer n'en parlons pas des poumons et tout et puis j'ai plein de potes heu voilà arrivés à cet âge-là cancer du poumon, cancer de la gorge, cancer de la langue et ça c'est les excès de la vie quoi enfin les excès de leur jeunesse
Vous avez des gens dans votre entourage
Est-ce que toi, tu vois j'ai reçu ça en même temps hier en fait. En fait comme j'ai envie vraiment d'arrêter de fumer je pense que c'est par rapport... j'ai rendez-vous le 4 novembre 2014
Oui c'est par rapport à votre rendez-vous au dispensaire
C'est ça. Pour un sevrage et tout tu vois si tu voulais en prendre connaissance
Oui mais je connais ce petit dossier
Ah mais tu connais déjà
Oui oui je connais
Ben on fait comme tu veux, c'est parti
Ah ben là j'ai commencé
Ah bon
On a commencé à en parler et c'est intéressant justement d'avoir votre point de vue la dessus et du coup vous me parliez des gens que vous aviez autour de vous et arrivés à la cinquantaine commencent à avoir cette toux, enfin vous voyez des cancers qui se développent et caetera, pour vous s'il devait y avoir des risques ce serait dans combien de temps à peu prêt

Pour certains ?

Pour vous

Ah pour moi

Par exemple

Oh je peux pas te dire vraiment parce que moi ça fait maintenant, j'ai commencé disons à 14 ans à fumer les premières cigarettes de l'époque, on les appelait les P4 c'étaient des grosses gauloises enfin un tabac brun dans des barreaux de chaise quoi des gros machins et ça fait peut-être 34 ans que je fume quoi donc là faut qu'il y ait ... et sans interruption importante enfin j'ai pas arrêté 2 ans, 3 ans, 5 ans, 10 ans et repris ouais je me dis j'aurais pu faire 3 tours du monde déjà si je ne fumerais pas parce que à 5 ou 6 euros, 6 euros même allez on va arrondir moi je paye un paquet 6,50 mais disons même 5 euros voire 6 euros mis de côté par mois, à la fin de l'année tu fais un bon voyage alors étalé sur 30 et quelques années ça te fait des tours du monde rien que ça puis puis euh d'un autre côté je vois des mecs qui ne fument pas qui ne boivent pas qui jouent comme moi depuis tout petit gamin au football et qui sont pas non plus des warriors quoi moi j'ai un prof de gym il a tellement peur de se blesser qui se blesse hum alors qu'il fume pas il a jamais bu il a jamais fumé voilà le stress de la blessure heu moi je préfère être comme je suis moi moi moi pour moi je suis invincible, invincible il m'est rien arrivé, rien cassé, rien foulé, pas une entorse rien et je fume et je reste sous l'eau comme un dauphin enfin il y a des côtés athlétiques

Mm mm

qui malheureusement pour x raisons n'ont pas abouti à une élite quoi heu j'aurais pu faire un sport de haut niveau heu je me dis c'est du gâchis mais bon heu mon être actuel là c'est que je suis en bonne santé puisque je fais des bilans là je viens passer à l'ISBA c'est tout un mais voilà c'est toujours bon bon bon quoi la vue n'a pas baissé

Donc en fait vous ne ressentez pas, il n'y a pas vraiment de conséquences qui sont liées au fait de fumer

Non

Vous voyez des gens qui ne fument pas

Qui ne fument pas et qui sont pas plus non plus exactement c'est comme celui qui dit oh mais moi je bois pas de café le soir ça m'empêche de dormir moi je peux boire 2 cafetières je dormirai comme un bébé enfin chacun est différent, chaque personne est un cas particulier, pour moi la cigarette heu c'est comme une copine mais une garce quelque part quoi

Oui

Parce que elle me fait du mal mais je suis bien avec elle quoi

Mais d'un côté vous dites

Et sans elle je pourrais, je serais mal

Oui

Je le sais aussi

Vous seriez mal

Ben quelque part heu si je fume pas c'est c'est comme une comme quand on a soif et qu'on a pas d'eau quoi il y a un besoin

Vous seriez mal physiquement vous voulez dire ou mal dans votre tête

Je pense oui les deux oui les deux les deux les deux quand on est des gros gros fumeurs heu ouais on heu elle fait partie de nous quoi c'est vrai

C'est une copine mais une garce comme vous dites

Mm c'est un peu comme ça ouais ouais

Elle vous accompagne depuis que vous avez 14 ans et qu'elle a toujours été là quelque part

Mm mm comme pour certain pour l'alcool, elle est toujours là sournoise à dire prends moi quand tu veux et les mecs c'est l'échappatoire quoi

Moi je me pose une question par rapport à ce que vous disiez c'est d'un côté vous avez envie d'arrêter de fumer parce que vous vous dites que ça fait du mal et d'un autre côté vous disiez que vous êtes invincible que vous avez pas de conséquences qui sont liées à la consommation de tabac. Enfin vous êtes en forme vous faites du sport vous êtes aussi bien physiquement qu'une personne qui ne fume pas ou qui ne boit pas

C'est ça

Et du coup qu'est-ce qui vous fait vouloir arrêter du fumer dans ce cas si vous n'avez pas ces conséquences là Parce que c'est ... on voit pas notre propre intérieur ça se trouve heu voilà ce serait temps peut-être arrivé à plus de 30 ans de cigarettes de de ben de faire un arrêt d'essayer de voir parce que je pense que c'est c'est la cigarette la plus forte au bout quoi c'est pfff elle elle arrivera oui à me faire perdre quelques années de vie je

pense hein peut-être que je vais perdre 10 ans parce que j'aurais été fumeur bon après si c'est plus de 60 je m'en fous après c'est que du bonus moi j'ai passé voilà le cap moi mes enfants sont grands moi je vais bien mais après moi j'aimerais bien arriver au moins à voir mes petits-enfants grandir quoi

Ca fait partie des objectifs en fait

Ouais ouais

Continuer la cigarette ça voudrait dire avoir le risque de ne pas voir vos petits-enfants grandir

Ouais ouais heu oui ça peut-être ouais un défi et puis essayer de vaincre heu parce que j'ai vraiment arrêté heu j'ai essayé d'arrêter mais j'ai pas arrêté longtemps j'ai vraiment arrêté mais pfff c'est rien du tout

Oui vous pouvez m'en parler un peu de ces tentatives d'arrêt avant

Ben c'est-à-dire qu'avant moi j'étais un sportif heu j'allais être à haut niveau quoi et j'ai eu des drames familiaux et tout et j'ai commencé à boire à fumer et tout ça mais sinon je heu je me suis mis enfin j'étais trop mûr trop tôt, à 14, 15 ans je me gérais moi-même, 16 ans je suis parti de chez mes parents j'ai commencé à faire d'hôtellerie et tout ça et j'étais déjà un bonhomme quoi à 16 ans voilà. A 20 ans j'étais marié 21 ans j'étais papa et je gérais, 23 je divorçais, 27 je me remariais enfin j'ai eu plusieurs vies et les seules fois où j'ai essayé ben ben c'est quand j'ai eu mon premier enfant voire mon deuxième c'est-à-dire pas avoir un environnement qui ben allez pollué quoi c'est-à-dire j'ai essayé d'arrêter mais c'était plus fort que moi j'allais me cacher bon je fumais pas devant eux bien sûr heu pfff quoi dire d'autre c'est c'est vraiment euh

Comment vous avez essayé d'arrêter à cette période là

Alors à l'époque ils sortaient des médicaments bon je pourrai plus trouver les noms mais c'était des médicaments hyper chers qu'étaient pas remboursés à l'époque il y a une vingtaine d'années oh ça a pas marché c'est pas resté longtemps après en charmant j'ai essayé de me faire aider par... et puis dernièrement on m'a parlé de l'hypnose que ça avait marché pour certains qui étaient ressortis et qui pfff même plus qu'ils avaient plus envie de fumer alors que c'était des gros fumeurs justement qu'en fumaient, qu'étaient très dépendants, qui fumaient 2 paquets par jour et hop sortis de l'hypnose et tout ils avaient plus envie de fumer donc j'ai bien envie d'essayer ouais si c'est efficace

Donc là vous avez essayé de vous faire charmer, c'est ça

Heu on m'a oui à l'époque il y a eu un temps vers mes 30 ans on m'a dit oui na na na que ça avait marché pour certaines personnes bon ben j'ai essayé, pfff ça n'a rien donné, les médicaments ça n'avaient rien donné, de moi-même ça a un peu donné mais pfff pas longtemps et puis j'ai rattrapé c'est-à-dire j'ai j'ai réduit j'étais content j'arrivais à 6, 7 par jour sur 1 mois par exemple puis le deuxième mois pfff je fumais plus que si j'avais pas entamé une réduction quoi pfff en gros ça fait 20 jours quoi un gros fumeur fumera ces 20 cigarettes c'est clair qu'il se lève à midi ou à 9 heures quand il aura fait les 24 sans offrir sans rien parce que il y a toujours le côté t'en offres 2 ou 3 et tu te dis oh ben ça va j'ai fini le paquet mais j'en ai quand même de mémoire offert 4, 5 et tu les regrettes d'ailleurs celles-là parce que quand tu rentres à la maison qu'il y a plus rien enfin pas les vrais pas les blondes tu te rabats sur le tabac à rouler ça a plus du tout le même gout c'est ... moi j'en fume 2, 3 pour essayer d'avoir un peu le même dosage le même effet qu'une vraie enfin qu'une vraie, une blonde, normale quoi, ouais c'est c'est c'est toute la complication du tabac quoi. Mais oui pour en revenir je pense que si je serais dans un environnement où j'étais seul où il y'aurait pas grand monde quoi parce que là c'est la tentation tu sors dans la rue presque si t'arrive à être poli bien savoir poser on peut t'en offrir enfin c'est tellement facile d'en avoir

Mm mm

A l'époque j'habitais à la campagne et c'est ce que je faisais c'est-à-dire j'avais plus de clopes et ben j'attendais le lendemain sans problème quoi j'y pensais pas j'essayais d'en oublier, je peignais, je jouais avec les enfants, je m'occupais l'esprit quoi

Et donc en vous occupant l'esprit vous arriviez du coup à en fumer moins

Ah oui oui

Et donc aujourd'hui, vous me parliez d'hypnose c'est quelque chose qui vous intéresserait pour essayer d'arrêter de fumer

Oui j'ai vraiment envie d'essayer

Vous avez des gens dans votre entourage qui ont essayé

Oui oui qui m'en ont parlé qui m'ont dit du bien qui m'ont dit écoute moi j'étais un gros fumeur aussi franchement tu devrais essayer ça a marché pour moi ça peut marcher pour toi donc j'ai vraiment envie d'essayer oui, ne serait-ce que même heu si c'est efficace ben je le conseillerais à tout le monde enfin ouais j'espère que ça va marcher que j'arriverais soit à arrêter voire bien réduire quoi parce que après ce qui est dur

c'est celle du matin après le petit-déjeuner, le déjeuner et le dîner bon c'est ça juste derrière la première après manger qui celle-là elle est pffff le matin après le café, elle est ben t'as une sensation de bien-être

Il y en a qui sont meilleurs que d'autres

Ah oui

Celle après les repas

Après j'aime pas par exemple je peux me retenir ouais voilà c'est tout à fait ça c'est-à-dire quand tu fumes l'après-midi t'as envie des fois une taffe voire deux taffes mais t'as pas envie de forcément d'avoir la cigarette entière c'est juste le besoin de donc là tu peux prendre même l'électrique elle peut compenser ce ce, juste ce besoin d'avoir deux ou trois taffes pour ça il y en a ils tirent ils tirent puis il les jette à moitié quoi parce qu'ils ont pas envie de la fumer entièrement et là peut-être inconsciemment de dire bon ben ils en sont à la dixième douzième donc t'as juste le besoin d'une ou deux taffes pour avoir le ... et celle-là je peux m'en passer là ça y est je gère ça mais heu c'est celle voilà la première du matin je l'ai fumée d'ailleurs il y a plus d'une heure, là j'ai envie d'une deuxième tu vois ce sera ma deuxième c'est pas mal déjà j'essaye de ... et heu après je peux gérer même celle de l'après-midi tout ça parce que je saute un repas en fait je mange bien le matin je saute le midi, je mange bien le soir et après celle du soir va me manquer ah non j'en voudrais une le soir et après je peux, si je ne sors pas si je vais pas... ben je peux fumer 3, 4 par journée et des fois ce sera 10, enfin c'est très aléatoire surtout quand on se pose les questions comme ça, parce que il y en a ils fument ils s'en foutent quoi, ils ouvrent le paquet ils fument il y en a ils en fument l'une derrière l'autre à la Gainsbourg un peu t'en as d'autres quoi moi maintenant je prends conscience quoi

Oui vous réfléchissez quand vous allumer une cigarette

Oui oui je vais attendre vraiment d'avoir envie envie envie pour la fumer entière mais celle que je fume entière elle va permettre de ne pas refumer derrière au bout de 10 minutes quoi celle-là je vais la tenir 2 heures facilement quoi de réduire un max

Et alors comment vous expliquez les jours où vous en fumez 3 ou 4 et les jours où vous en fumez 10, c'est quoi la différence

Ben ça on le sait même pas on se lève on est d'une humeur nanana mais bon un truc qui va te contrarier, un chômage qu'est pas tombé, une panne mécanique là ça va être le ... tu vois pour te calmer un peu, je sais pas heu ouais ça peut être une information, ça peut être une situation et des fois tu sais pas t'as envie parce que bon t'es en manque de quelque chose aussi quoi moi quand t'es fêtard tout ça et tout t'es là et tac tu te rachètes une conduite tu ne bois plus, tu fais attention ben par moment t'as envie de t'évader quoi, tu vas partir à un concert voilà tu sais que tu vas fumer ton paquet de clopes voire hein

Donc ça peut être soit heu la situation de se faire plaisir soit s'autoriser parce que ça fait un moment que

C'est ça

Qu'on s'est pas autorisé justement à le faire

Tout à fait

Soit quand il y a des événements un peu stressants ça peut être financier, ça peut être quelque chose qui est stressant quoi du coup ça permet de se calmer

Tout à fait ouais

D'accord

C'est ça jeune homme

Donc c'est ça qui fait changer la consommation

Ouais la donne et puis après ça peut être pareil pendant 2, 3 jours de suite là par exemple depuis dimanche là on est jeudi et j'ai fait comme je t'ai dit c'est-à-dire je m'octroie celle du matin je peux me passer tout ça, là je heu ça te dérange pas si on heu je fume

Non non allez-y

Non

Ne vous gênez pas pour moi faites comme d'habitude

D'accord et aussi tu vois le fait d'en parler

Le fait d'en parler ça vous donne envie

Ouais ça donne envie mais j'ai vraiment envie là ça fait plus de 2 heures que je n'ai pas fumé ouais tu vois j'ai fumé à 9 heures et demi et j'ai tenu 2 heures donc c'est bien quoi donc ça va être ma deuxième de la journée et puis je vais essayer d'étaler ça sur celle de 14, 15 heures ou après le goûter par exemple souvent avec ma copine je goûte et puis j'ai envie d'une et puis des fois cela fait être machinale c'est-à-dire tu vas vouloir peindre un tableau, finir un tableau et puis tu vas l'observer et tu vas cloper sans t'en rendre compte que tu as clopé c'est ça qui est infernal aussi et qui est vicieux

Il y en a qui sont automatiques

Ben il y en a qui sont automatiques c'est ça et puis tu as tellement envie de fumer que tu t'es retenu 2, 3 heures celle d'avant que tu ne vas pas te rendre compte que tu en as déjà fumé une que tu as en encore envie d'une, c'est c'est c'est jamais pareil, c'est jamais pareil... pareil on te dit oui c'est déconseillé quand tu viens de courir et tout ça parce que tu as encore les poumons bien ouverts et tout ça, ben moi c'est la première chose que j'ai envie de faire, prendre la douche fumer une clope quoi, avant même de boire un verre je sais que c'est mauvais mais ça fait tellement du bien, tu as couru 1 heure et demi tu as bien transpiré tu as bien enlevé toutes les toxines ben tu te laves et première chose c'est clope quoi et tout le monde dégaine pareil

Mm mm

Et pourtant tu sais que c'est déconseillé c'est pas bon il faut attendre au moins 1 heure

C'est paradoxal avec ce que vous disiez tout à l'heure où justement vous parliez de saletés de ce que cela fait sur les poumons et du coup vous enlevez les toxines donc quelque part, vous vous nettoyez

C'est des excuses à la con, ouais c'est des excuses inconscientes que tu te donnes pour fumer tout de suite tu vois moi j'ai transpiré donc j'ai enlevé les toxines et en fait c'est pas bon car en fait tu as encore tous tes poumons bien ouverts bien oxygénés et tout, tu vas lui remettre de la fumée mais je te dis ouais je m'en rends compte de plus en plus c'est que, heureusement il y a des gens qui vont essayer de t'aider il y a des passerelles pour les soins mais c'est l'environnement qui est mauvais, on est envahi maintenant de boutiques, de machins pffff, tu peux commander des clopes, tu peux commander tout ce que tu veux maintenant sur un simple clic quoi tu as la facilité qui arrive, tu peux te commander des cartouches à l'étranger tu vas économiser c'est fou quoi et tout le monde moi dans l'immeuble tout le monde fume quasiment

Oui et ça, ça joue pour vous le fait que les voisins fument

Ouais moi il y a que mon voisin d'en dessous qui ne fume pas qui est allergique qui fait des cures mais sinon tout le reste ça fume de partout

Mm mm

La voisine là la dame là enfin ouais tout le monde quoi et donc c'est vrai que ça aide pas quoi

Et est-ce-que votre compagne fume, vos enfants ?

Non, non, non si j'ai le grand qui bon a essayé mais je ne pense pas qu'il ait continué mais non non c'est tous des sportifs, il y en a un qui est à l'Olympique Lyonnais qui va avoir 18 ans, il y en a une qui était au basket et bon là elle est amoureuse tout ça elle continue les études, elle est prof de sport, non non ils sont non franchement ils sont ... pour voire qu'on était moi et leur mère des gros fumeurs, ça a fait l'inverse, ça a fait des non-fumeurs, c'est bien quoi comme quoi et ma compagne d'aujourd'hui elle boit pas elle fume pas donc ça m'aide ça aussi. C'est elle qui m'a boosté à arrêter les canons, j'ai arrêté depuis le mois de mai mais j'avais déjà arrêté avant, l'alcool c'est pas un souci je maîtrise et puis bon je préfère conduire une moto que de lever le coude parce que il y en a c'est fini quoi ils ont tout abandonné quoi c'est malheureux mais bon ils sont vraiment alcoolos quoi mais moi non, je ne me considère comme alcoolos et puis elle ne me manque pas du tout. J'ai de l'alcool chez moi j'en touche pas tu vois mais des clopes ah ça ... cigarette

Est-ce-que vous vous rappelez du moment où vous avez commencé, vous parliez du coup des P4 à 14 ans c'était dans quel contexte ?

Ben c'était pour faire les beaux on avait 14 ans on commençait à voir les filles, on commençait à avoir du duvet quelques poils sous la ceinture c'est pour faire après il y avait l'image à la télé les cow-boys et tout ça cela faisait viril cela faisait alors que nous on espérait devenir sportif mais déjà on commençait à être directement (rires) dans la déviance l'alcool les clopes les filles pas trop conseillés quoi mais bon c'est c'est c'est souvent ça de toute façon les privations les interdits c'est là où tu vas aller même après si avec le recul il y en a oh non surtout pas c'est mauvais c'est pas bon et tout eux ils savent mais toi tu sais pas encore et finalement ouais

Alors c'est le fait que c'était une interdiction qui vous a poussé

Quelque part c'était vachement sévère tu vois on faisait du sport c'était pour le sport quoi, on allait sortir des élites là-dedans quoi et c'est vrai que c'était banni

C'est dans un centre sportif en fait

Ouais

Que vous avez commencé à fumer

Ouais ouais comme quoi et avec d'autres copains comme moi recruté et parce que il y avait le côté rigolade le côté ouais ça fait bien pareil on se rasait non non franchement il y a le côté ouais

Ce que vous disiez tout à l'heure la virilité

Ouais la virilité

Ça permet de faire le beau auprès des filles

Ouais ouais c'est ça et puis s'en se rendre compte ben on crapotait on découvrait vraiment et puis petit à petit on continue à fumer et moi j'étais vraiment oh ouais fumeur tout de suite j'étais jeune très jeune ... ouais c'est sûr

Ça veut dire quoi que j'étais fumeur très jeune ?

Ça veut dire qu'à 15, 16 ans comme je travaillais je faisais de l'hôtellerie entre autres quoi j'avais de l'argent déjà pour me payer après je faisais un peu plus que mon âge donc je pouvais aller dans les bureaux de tabac m'acheter mes cigarettes et j'ai commencé vraiment à fumer ouais vers les 15, 16 ans déjà je fumais quoi comme un adulte

De manière régulière

De manière régulière avec une marque bien je fumais des Camel à l'époque je m'en rappelle c'était pas cher les paquets enfin voilà quoi

Et tout à l'heure c'est pareil du coup vous me parliez des Winston là vous me parlez des Camel enfin vous avez une marque qui était définie ça correspond à quoi pour vous la marque c'était important à cette époque de fumer des Camel

Ben l'image ouais ouais parce que c'est vrai c'est vrai c'est une bonne question parce que à l'époque tout ce qui était tabac brun tout ça ça faisait plus bon heu comment entre guillemets paysan pecno un peu alors la blonde ça faisait beau gosse, américain enfin tu vois le côté je fume des blondes, c'est pas des brunes quoi et c'est vrai qu'il y avait l'image comme ça des ouvriers des paysans et tout ça qui fumaient beaucoup de gauloises, de tabac brun sans filtre ou filtre alors que là on avait les blondes ça faisait beau gosse ça faisait bien déjà inconsciemment ça nous faisait moins mal à nous aussi

Ouais

Que de la brune c'est vrai que j'avais essayé, j'ai essayé toutes les brunes, les gitanes, les gauloises, les ... et c'est vrai que ça hou il fallait être déjà adulte c'est vraiment des tabacs forts quoi mais ce qu'on savait pas c'est que tout de suite en bien c'était mauvais les blondes parce qu'ils te mettent maintenant des produits où tu es addict rapidement quoi alors un jeune qui découvre la cigarette aujourd'hui de 14, 15 ans, c'est ses premières cigarettes ils mettent des produits pour que tu en dépendes très vite quoi alors que nous ce n'était pas le cas c'est du bon tabac déjà les feuilles, les textures heu de mémoire mais je pense que les goudrons et tout il y en avait beaucoup moins et beaucoup moins de saloperies. C'est une super super supercherie ça a toujours été mauvais depuis le départ la blonde mais je pense qu'elle a évolué avec la population mais disons on sortait les paquets de 10 après les paquets c'était pour rattraper les gamins, pour les emmener dans les gros... c'est euh il y en a qui fument des paquets de 25 ils ont fait des paquets de 30, non il y en a vraiment pour toutes les bourses

Mm donc à la fois ils ont rajouté des produits dans le tabac dans les cigarettes pour rendre addict

Addict très très vite

Et d'un autre côté ils ont joué aussi sur le packaging sur euh, on fait des paquets plus petits, on vise une population...

Ils les ont enlevés rapidement ils les ont mis effet de mode c'est pour rattraper un peu ceux qui ben les jeunes les mineurs les 16, 18 ans à l'école c'était bien un petit paquet de 10 c'est tout ça à jouer sur les filles après sur les garçons au niveau finances et puis après ils les ont vite arrêtés et hop tu rebasculer sur un paquet de 20, ceux qui fumaient 20 et bien il valait 25, les 25, 30 ils vont sortir un paquet de 50 il y en a qui vont acheter les paquets de 50 quoi à 20 € le paquet cela passera tranquille, ils le savent ça ils sont pas pressés dans le temps parce que là ouais le jour où il y aura le paquet à 15 balles ben on y est quoi enfin 15 francs à l'époque moi j'ai connu les paquets à 1 franc, 2 francs et puis maintenant 6,50 quoi, tu calcules en francs ça fait un beau billet quoi et tu te dis jamais à l'époque j'aurais acheté ça ben si tu l'achètes quoi. En 2014 tu te payes un paquet c'est riche faut... je te dis 6,50 euros ça te fait manger 2 jours de suite quoi il y en a qui n'ont pas 6,50 euros à fumer, à jeter comme ça pour leur santé

Et qu'est-ce que cela vous fait justement de vous dire ça qu'à l'époque vous n'auriez jamais acheté un paquet à ce prix-là et aujourd'hui vous vous rendez compte que vous le faites ?

Je me dis qu'ils sont très forts les industries du tabac et tout ça c'est plus fort que ta conscience on est rien quoi, ils ont même perdu des procès avec des gars qui ont prouvé par A+B que c'était à cause de leur marque de cigarettes qui avaient attrapé des cancers de la gorge, cancer nanana. Ils s'en foutent eux ils payent, ils ont tellement le monopole mondial du tabac que oui c'est comme un, pour ceux qui ont le sucre et tout ils savent qu'il y aura la population, dans le monde je ne sais pas combien on est de fumeurs ... moi ce qui m'a dégouté aussi c'est yen a voilà c'est heu toi tu ne fumes pas mais je vais presque te faire fumer inconsciemment enfin le fumeur passif quoi c'est-à-dire ils n'y sont pour rien on va boire un coup tous les deux en terrasse ça peut aller

parce qu'il y a de l'air mais dans un café avant c'est vrai on fumait devant les non-fumeurs et c'est bien qu'il y ait eu ces lois et tout ça et quand même de sauvegarder les non-fumeurs c'est vrai que... et après quand tu vas en boîte de nuit tassés comme des sardines et tout tout le monde alors c'est pas mieux c'est pas mieux C'est ce qui vous avait motivé à l'époque à arrêter de fumer pour vos enfants parce qu'il y a cette question de tabagisme passif et que ça entraîne des risques pour ceux qui sont à côté

Ouais ouais bien sûr moi je ne voulais pas même ça m'embêterait que mon fils ou que mes enfants fument ouais fument parce ce que je sais que c'est pas au début c'est vrai c'est un petit plaisir mais ça devient vite une corvée un poison quoi que tu prends à petite dose quotidiennement quoi

Mm mm

Tu vois on a gagné un quart d'heure (rires) tu vois c'est la deuxième et

Et aujourd'hui c'est le paquet

Et aujourd'hui voilà c'est le paquet plaisir parce que je suis resté quasiment tout le week-end voire la semaine dernière avec les tubes

Ouais

Donc là je retrouve au bout d'une semaine le goût de mes cigarettes favorites quoi les Winston et c'est vrai c'est pas pareil tu vois j'apprécie mieux alors que j'aurais pas ça ben je la fumerais ce sera banal quoi ouais ouais je l'apprécie vraiment

Là c'est pas banal

Non c'est un peu con à dire mais c'est vrai que c'est... il y a un côté plaisir, je me fais plaisir une récompense parce que j'ai économisé de l'argent depuis des plombs quoi

(A l'extérieur)

Et qu'est-ce que ça représente pour vous aujourd'hui d'être fumeur

Qu'est-ce que ça représente pour vous aujourd'hui d'être fumeur ... ben c'est pas bien d'être fumeur à l'heure d'aujourd'hui mais bon je préfère être fumeur que buveur ou que joueur je pense que c'est le moins dangereux de tout parce que malgré qu'on est gros fumeur on peut gérer ça on peut être aidé et puis c'est on arrive pas à arrêter ben tant pis quoi mais oui moi j'ai des copains qui ne fument pas mais qui jouent c'est c'est affreux quoi ils ont tout perdu tout perdu, la maison

Du coup les conséquences pour vous sont plus importantes si c'est du jeu ou de l'alcool que pour le tabac

Ah c'est clair c'est clair vaut mieux être fumeur aujourd'hui que être buveur et joueur quoi parce que là ça va très vite là on perd 6-5 ans, un joueur il perd son SMIC voire plus quoi et un buveur c'est c'est pareil quoi il se rend même pas compte de tout le dégât que ça va lui causer maladie du foie les maladies de tout alors s'il est fragile si il a un système immunitaire, un peu comme mon frère je prends beaucoup exemple sur mon frère parce que il a un sang rare il est AB et déjà qu'il a eu des pètes en moto pas mal de blessures et tout et il a continué à boire à fumer et je te dis à 52 ans on dirait un papy de 70 quoi

Mm mm

Au niveau de la motricité au niveau de la force et tout c'est c'est pas beau à voir il a plus de chicot vraiment ouais tu vois que ça c'est l'alcool plus que la clope. Alors lui il a les 3 en plus joueur, buveur, fumeur (sifflement)

ben le tableau t'as pas envie de lui ressembler, moi heureusement que j'ai toujours eu le sport pour m'évader quoi

Ouais

Et le sport ça soigne tout c'est comme la danse ça soigne tout ça améliore le corps ça améliore

Parce que sans le sport pour vous, vous auriez pris la même route que votre frère

Ouais je pense ouais et puis les contrariétés c'est pas les mêmes alors t'as été... t'as un manque d'argent et tout tu fumes tu joues et tout, tu mens à tout le monde tu vas vendre des... tu vas brader tes trucs enfin faut que tu joues, faut que tu boives, moi quand j'étais buveur des fois je buvais 2 jours de suite d'affilée j'avais tellement faim que je rentrais dans une boulangerie j'absorbais un solide mais dans la seconde où le foie savait que c'était un solide hop ça renvoyait c'était à ce point là

Ouais

Oh j'ai eu une courte durée de l'alcool je venais de perdre ma petite sœur mais tu te dis j'aurais continué ah ouais je serais alcoolique profond je serais mort ah ouais heureusement que t'as le côté sportif qui t'aide quoi

Est-ce-que ça été important d'être fumeur à un certain moment de votre vie

Ouais ouais, les épreuves divorce les ... ouais ouais séparation des enfants heu ben quand tu es en chômage tu cherches du travail heu ouais ça aide hein c'est sûr que ça aide c'est pas que négatif la cigarette après on en a fait n'importe quoi on y a mis de la substance interdite douteuse il y en a ils fument ils ne savent même pas ce qu'ils fument c'est du cirage de chaussure ils croient que c'est du nectar de Bob Marley quoi

Et cette marque-là du coup elle est mieux que certaines autres c'est pour ça que vous la fumez

Non c'est oui c'est juste une préférence maintenant le Camel il est plus le Camel d'autrefois le tabac il a pas le même goût il a pas le même arôme quoi c'est comme un café t'es habitué à un café, ils te ressortent le même café avec un emballage différent ça a plus du tout le même arôme, j'aimais beaucoup les Camel et après j'ai trouvé les Winston et ouais j'ai toujours aimé Winston j'ai toujours aimé ce tabac blond

Parce que comme vous disiez tout à l'heure en fait ce n'est pas les mêmes cigarettes que vous fumiez à l'époque quand vous aviez commencé et maintenant

Non non ça a pas les mêmes agents les mêmes textures oui ça a changé bien sûr que ça a changé c'est pour ça qu'ils ont fait les light avant il n'y avait pas des light t'avais la gauloise blonde ils l'ont sortie après light pareil t'as la Winston légère la Winston normale t'as tout un dérivé de tabac après il y a des boîtes qui ont racheté d'autres boîtes qui y mettent leur propre tabac comme la SEITA et tout ils ont fait une marque française et tout et puis après c'est plus les mêmes ouais c'est plus les mêmes un peu comme nos légumes d'aujourd'hui t'as du bio qui est super bon et puis tu as de l'industriel de la tomate pleine d'eau qui ressemble à rien enfin elles sont toutes pareilles il n'y a pas de goût il n'y a rien quoi

(A l'intérieur)

Du coup tout à l'heure vous parliez que c'est aussi important de savoir qu'il existe des aides pour arrêter de fumer en quoi c'est important enfin qu'est-ce que cela représente ces aides

Ben parce que là je me sens un peu tout seul impuissant par rapport à la cigarette et c'est vrai qu'il y a de nouvelles, style l'hypnose que je découvre pour arrêter de fumer et on m'en a parlé qu'en bien quoi j'ai bien envie d'essayer parce que crois moi j'ai vraiment envie d'arrêter de fumer au bout de 30 et quelques années j'ai bien envie d'essayer d'avoir une année blanche sans cigarette juste pour voir comment le ressenti enfin tout quoi si je peux arrêter de fumer

Parce que tout à l'heure ce que vous disiez c'était soit arrêter soit diminuer fortement

Mm c'est ça même si l'hypnose me paraît d'arrêter de diminuer quoi pas arrêter d'un coup j'aimerais ça mais elle peut me faire diminuer je suis sûr qu'il y a... il y a déjà la volonté faut être volontaire faut pas dire ouais demain j'arrête de fumer ou demain je réduis c'est pfff c'est des paroles en l'air ça mais moi ouais j'arrive à ma quarante-neuvième année j'espère qu'à 50 ans je serai une fois dans ma vie non-fumeur quoi même si c'est qu'une année ça me fera que du bien de toute façon je le sais à tout point de vue quoi financier santé

Et tout à l'heure vous me parliez de médicaments que vous avez essayés il y a une vingtaine d'année pour arrêter de fumer et aujourd'hui vous en connaissez des médicaments pour arrêter de fumer, qu'est-ce que vous en pensez ?

Pfff oui mais c'est pareil est-ce que c'est pas des médicaments qu'on va être addict à des médicaments pour arrêter de fumer et quels sont les effets indésirables et les effets secondaires de ce médicament moi c'est ça qui me ... que l'hypnose c'est pas pareil quoi

Mm

C'est plus dans nos têtes c'est plus dans notre conscience quoi que le médicament il va peut-être être efficace pour réduire mais il va nous faire du mal quelque part quoi c'est comme quand on prend un Doliprane bon ça soulage la tête mais après on a mal ailleurs enfin je ne sais pas il y en a qui sont allergiques à un médicament enfin

En fait si je comprends bien c'est que les médicaments vous ne savez pas trop quel effet ça a il y a un risque d'effets secondaires et pour vous ce qui est important c'est que ça se passe dans la tête

Oui

C'est une question de volonté ou ce que l'hypnose peut faire également dans la tête

Oui oui qui peut peut-être déclencher ce déclic pour vraiment arrêter ou très fortement réduire ouais c'est ça, t'as bien saisi le... parce que il y en a que je connais ils essayent des médicaments pour moins boire mais on dirait des zombies, ça les a assommés quoi, ça les plombe comme ça ils peuvent pas aller au bar ils peuvent pas sortir dehors donc les mecs qu'est-ce qu'ils font avant de prendre un médicament ils vont vite courir au Carrefour City acheter de la bière chez eux et puis après prendre ces médicaments pas aller au bar mais avoir la consommation ... et la cigarette je pense ça sera ça le médicament c'est-à-dire vite prendre des provisions, quelques cigarettes prendre d'avance ce qui est pas bon et de réduire mais bon on en aura facilement à la maison quoi c'est-à-dire à portée de main quoi

Mmm

et c'est ça que j'ai peur moi par rapport à moi alors de me faire des réserves puis dire bon ben le médicament ça va me permettre de pas courir au bureau de tabac j'en ai à la maison donc si j'ai vraiment envie de fumer et

on aura peut-être pas la notion de la réduction on croira que oui mais finalement au bout de 24 heures on aura fumé encore aussi trop de cigarettes ... que l'hypnose peut jouer vachement moi je pense ouais parce que quelque part il y a eu un... comme si vous avez perdu un contrôle par rapport à la consommation du coup vous mettez en place des stratégies...

Exactement

On récupère du tabac pour être sûr d'en avoir au cas où

Ouais au cas où ouais que le médicament après effet du médicament alors si on en a droit qu'à 1 ou 2 par jour on va pas voilà c'est l'addiction si on en prend un troisième pour réduire c'est tricher quelque part quoi

Et du coup vous avez l'impression qu'il y a un risque d'avoir une addiction au médicament

Ouais

De remplacer encore une addiction par une autre

Mm ben c'est ça

Comme vous disiez tout à l'heure que part que l'alcool remplace les addictions à l'alcool aux autres drogues que vous avez pu prendre et du coup le médicament remplacerait la cigarette qui remplace les deux autres

C'est ça

Tout serait dans le médicament

Dans le médicament ouais c'est mon ressenti

D'accord

Ouais mm

Et il y a des risques de prendre de médicament d'après vous, vous me parliez d'effets secondaires

Moi je pense que oui hein je pense que ... je ne sais pas vraiment j'ai pas regardé les notices tout ça mais je pense que ouais il y a des médicaments qui doivent être quand même ouais assez virulents pour la santé quoi ... ouais quand tu ... les premiers que je lisais là c'était vraiment risque d'épilepsie risque de ... enfin ça jouait beaucoup avec la tête beaucoup ... sans avoir au foie mais bon voilà c'est des cachets qu'on absorbe donc il y a des effets quoi c'est obligé

Mm

Et pas que du bien pas pour faire que du bien quoi

Et tout à l'heure, pour réduire, quand on parlait par rapport aux repas qu'il y a des cigarettes qui sont un peu automatiques et vous disiez que ces cigarettes-là pouvaient être éventuellement remplacées par la cigarette électronique

Mm

Du coup qu'est-ce-que vous pensez de la cigarette électronique

Ben je sais pas il y a pas assez de recul là c'est une molécule, moi franchement j'ai essayé

Ouais

Au bout d'une semaine il est au fond du placard pfff pour moi ça fait rien quoi, il y en a si ça les a aidés ils sont passés de la cigarette naturelle à l'électronique et sans problème c'est passé à l'as mais moi non, j'avais ma cigarette électronique et mes cigarettes

Mm

Alors il y a des endroits où c'était interdit au public et tout bon c'était toléré les cigarettes électroniques c'était juste en attendant d'être à l'extérieur pour pouvoir fumer librement dehors quoi mais moi ça m'a pas ... j'ai pas fait le, ça m'a pas aidé ça a pas fait la passerelle passer aux cigarettes à la cigarette électronique et il y en a si ... c'est fou quoi

Et comment vous expliquez justement que ça marche sur certains et pas vous ?

Même je pense ouais même il doit y en avoir même des gros fumeurs il y a un côté psychologique il y a un côté plus de volonté peut-être, plus lui il a eu le déclic il lui manquait un support, ben les cigarettes électroniques c'était le bon support pour eux pas pour moi

Mm

Pas pour moi, moi j'ai essayé en plus j'avais un copain, sa copine travaillait justement elle faisait les petites fioles d'arômes et tout ça donc j'en avais en avance quoi j'ai essayé de monter les doses et tout mais elles me faisaient rien du tout on a l'impression que c'était « en attendant » de fumer

Mm

Et non pas pour remplacer la cigarette

Ouais, c'était pour temporiser dans les endroits où vous ne pouvez pas fumer

Oui c'est ça

De pouvoir fumer après

Mm mm et puis après pareil on a pas de recul il n'y a pas encore l'étude savoir qu'est-ce que ça donne un fumeur de cigarette électronique pendant 10 ans avec le recul, connaître les effets... mm

Parce que pour vous il peut y avoir des conséquences sur la santé

Mm ouais je pense ouais ben c'est de la molécule donc c'est de la chimie... il y en a ça va rien leur faire puis d'autres ça va les détracter enfin ouais ... je pense ça va les abimer quelque part la gorge ... on sait pas on sait pas... mm

Oui d'un côté vous n'avez pas vraiment confiance en ça

Non non

Et du coup en arrêtant là, vous avez ce projet-là, qu'est-ce qui fait que vous réussirez à arrêter de fumer... tout à l'heure vous me parliez de volonté, est-ce qu'il y a d'autres choses qui peuvent jouer, soit en positif soit en négatif, qui à la rigueur peuvent vous aider à arrêter et qui peuvent vous faire échouer ou rechuter

Ben maintenant comment dire, ce qui me ferait ... ben déjà la victoire c'est-à-dire de toujours avoir combattu même en fumant même en subissant la cigarette, de la vaincre au moins quelque temps c'est-à-dire si j'arrête 1 an j'en serai content d'avoir arrêté au moins 1 an la cigarette, après le côté financier le côté santé heu ... et puis de ... pour certain si jamais j'ai un de mes enfants qui se met à fumer lui dire ben non moi j'ai arrêté parce que c'est très mauvais pour la santé, les gens sont tombés autour de moi à cause de la cigarette ouais enfin avoir quand même un vécu de ça quoi

Mm

De savoir de quoi on parle parce que c'est vrai que la cigarette ça paraît comme ça banal, on peut arrêter quand on veut ou on est condamné jusqu'à son dernier souffle non on peut arrêter... moi j'ai ma sœur qui fumait beaucoup aussi qui a eu des enfants qui a arrêté tout de suite mais maintenant elle est devenue joueuse tu vois il y a toujours comme tu disais tout à l'heure tu arrêtes une addiction pour aller en chercher une autre

Mm

Parce que avant tu tâtonnais un peu tu fumais un peu, tu jouais un peu, tu bois un peu à un moment donné de ta vie ben tu vas moins toucher les autres addictions tu vas vraiment rentrer à fond dans une et moi pour moi à l'heure d'aujourd'hui c'est la cigarette la moins la moins dangereuse entre guillemets des addictions parce que quelqu'un qui joue il y laisse son salaire il démarre un endettement même pas il peut s'imaginer, l'alcool c'est pareil ça détruit vraiment l'alcool on peut y perdre la vie on peut y perdre son permis on peut y perdre plein de choses que la cigarette bon ben...

Et qu'est-ce qui fait qu'on va dans tel ou tel produit... parce que il y a un petit peu de chaque et puis à un moment de la vie hop on s'oriente plutôt vers tel produit c'est quelque chose en particulier qui fait que on va avoir plutôt tendance à aller vers l'alcool, plutôt vers la cigarette, c'est lié à quoi

Ben ouais c'est heu ... vu comme ça ... ben c'est-à-dire... l'alcool, le jeu on verra toujours les mêmes personnes, la cigarette ça peut être quelqu'un qui vient de démarrer de fumer, quelqu'un que c'est un gros fumeur, un mec qui va t'aider, enfin je pense que ... on va là où ... pour pallier aux autres déjà il y a toujours ça ... de se ... comment dire de ne pas aller vers les autres mais d'accentuer l'addiction qu'on a et elle est moins dangereuse et on voit jamais les mêmes personnes il y en a que je rencontre c'est des ex-fumeurs qui sont bien sortis qui sont mis au bio qui sont rachetés une santé quoi ouais ils ont l'air d'avoir une vie plus saine quoi, que les alcoolos, les joueurs, eux ils ont pas une vie saine quoi, ils vivent au milieu du mensonge, des dettes, on les reconnaît vite quoi

Et vous, c'est vous qui avez choisi de vous orienter vers la cigarette plutôt que l'alcool

Ben les autres, voilà j'ai eu des exemples ça m'a pas intéressé j'ai jamais été trop joueur j'aime bien jouer comme ça mais bon ... les jeux de hasard par-ci par-là j'y crois pas quoi aux jeux d'argent de hasard, l'alcool bon ben comme je t'ai dit c'est pas bon j'ai eu goûté et tout, non et puis ... et puis c'est costaud quoi, la cigarette comme tu dis, elle est bonne par moment, elle est très mauvaise par d'autre moment mais je pense qu'on peut arriver à la vaincre, je crois que c'est l'addiction qui peut être combattue avec de l'aide avec tout ça, que les autres qui ont 30 ans de jeu, 30 ans d'alcool c'est fini, ils ne changeront plus ce ne sera pas une femme ce sera pas même une maladie qui pourront dire demain j'arrête les dégâts comme on dit. Ben si vous continuez à fumer vous aurez des grandes chances d'avoir un cancer, une tuberculose et tous les mecs c'est fini ils sont tellement addicts à ça

En fait, c'est un peu par choix dans ce cas-là que vous êtes allé vers la cigarette d'un moindre risque quelque part

Oui oui c'est la seule addiction que je n'ai pas réussi à vaincre, j'ai réussi à vaincre... et pourtant l'alcool c'est balaise aussi hein, les drogues dures aussi et ça c'est le délice c'est vraiment peut-être inconsciemment c'est

tellement dangereux ces addictions-là que il y a un moment donné ben quand on fait du sport et tout, c'est celle qui ... mais la cigarette, j'ai essayé je suis vraiment impuissant par rapport à elle alors que les autres
Quand vous parlez de drogues dures c'est quoi comme produits
Cocaïne héroïne ... c'est pareil maintenant elles sont moins chères que les clopes ... les doses

Mm

Donc ça devient fou quoi, on se prend 1 gramme maintenant 1 gramme c'est plus rien quoi, les jeunes maintenant à 16 ans ils sont passés à 14 ans au shit, 16 ans la coke quoi et ça ça fait peur quoi, eux pour se sortir de ces addictions-là ils ont intérêt d'être bien aidés, bien suivis parce que ils se rendent pas compte au début ouais je maîtrise j'arrête quand je veux, non au bout d'un moment quand on est vraiment addict on peut pas arrêter comme on veut et autour de moi j'ai des gamins super bien quoi super sympas mais voilà les drogues dures les ont vraiment ils ont 25, 30 ans même pas quoi ... ils ont déjà ... un pied dans la tombe quoi
(Répond au téléphone)

Et du coup si vous venez à arrêter, tout à l'heure vous me parliez de choses qui pourraient être difficiles c'est d'avoir des gens autour de vous qui fument, que ce soit facile d'avoir des cigarettes, il y a cette question de volonté qui facilite, qu'est-ce qui pourrait faire rechuter en fait

Ben je sais pas, un décès, un accident grave pour mes enfants ouais je pense que je refumerai même si j'arrête de fumer mais ouais c'est déjà d'arrêter de fumer pour moi pour ma santé pour mon porte-monnaie mais on est pas à l'abri de tout quoi ouais je pense que je ne reboirai pas, je ne me redroguerais pas mais je refumerai ça j'en suis bien conscient au fond de ma petite tête ouais une mauvaise nouvelle

Oui voilà une mauvaise nouvelle. Vous n'arrivez pas à vous dire que vous ne refumerez pas en fait, si vous arrêtez

Ben j'aimerais, je me le dirai j'ai arrêté, j'ai pas envie de reprendre quoi mais je pense que si j'avais un événement ouais douloureux, je me poserais même pas la question je reviendrai automatiquement ouais, compenser comme un pansement comme un... ouais un aide douleur

Ouais un pansement, un cigarette pansement

Ouais enfin je le vois comme ça

Ouais ouais

C'est-à-dire heu ouais ouais ... même quand on dit quelque chose qui est mauvais il y a des fois c'est pas si mauvais que ça moi la cigarette des fois elle me faisait du bien, quand on est, comme je te le disais divorcé, t'es au fond du trou et ben oui fumer ça, ça te permet de ... ouais

Mais aujourd'hui est-ce qu'il y a des effets négatifs alors à fumer, parce que là, ce que je comprends bien, c'est que vous avez des choses positives...

Ouais mais c'est ça

... que négatives, vous l'avez vu chez d'autres personnes, que vous l'anticipiez pour l'avenir mais est-ce que aujourd'hui vous avez des effets négatifs en fait à fumer

Non non non, elle m'a jamais fait quoi que ce soit au bout de 30 ans... on a dit les poumons sont bien, j'ai une bonne santé quoi

Alors pourquoi vous disiez que c'est une garce

Parce que elle est permanente quoi ... elle te lâche pas quoi c'est une garce dans le sens, même si tu ressens pas, t'as l'impression d'avoir un bien-être c'est mauvais... ça c'est sûr que absorber des produits très dangereux ça peut pas te faire du bien quoi je le sais donc c'est vraiment une garce dans ce sens-là c'est-à-dire que, elle est jolie, elle est bien présentée, elle est dans un beau paquet souple ou rigide, elle est ... elle est bien ... mais elle est mauvaise quoi ouais c'est vraiment une garce comme une nana qui bien maquillée puis à l'intérieur qu'est pleine de maladies, c'est pas inscrit quoi, c'est pareil. Ouais mais vraiment je serai très fier de moi si j'arrive à ne pas fumer ne serait-ce ... Moi j'aimerais tu vois tenir 1 année, même 1 année c'est beau quoi pour un gros fumeur c'est déjà un grand pas quoi

C'est le premier objectif, au moins 1 année

Au moins 1 année ouais au moins 1 année, ça me permettrait de faire un beau voyage en compensation quoi

Dans un autre côté vous seriez fier de vous et en même temps vous vous feriez plaisir en faisant un voyage

Oh ouais je ferai un bon voyage bien mérité quoi et puis si ça peut entamer une deuxième année, pourquoi pas mais bon, déjà 1 année, déjà 1 année c'est

Mais vous doutez un peu plus pour la deuxième année déjà

Ouah après 50 ans... ouais bon allez... je vais me faire plaisir... c'est... ouais on a pas tous les jours un demi-siècle... enfin il y a toujours un...

Quelque part, il n'y a pas que les effets négatifs qui pourraient faire rechuter, c'est aussi du coup le côté célébration

Ouais j'ai tenu 1 an, je le célèbre ouais aussi pis t'as tellement d'événements comme ça que tu peux ajouter ouais c'est vrai... la réussite d'un examen à ton enfant ou quelque chose ou toi à ton boulot qui fait que...

Il y a un côté célébration alors du coup

Ouais ouais

C'est pas que un pansement c'est aussi...

Ouais il y a un côté couronnement, fête... ouais tu peux l'interpréter comme on veut quoi... et puis après il y a ça, bon il y a des copains c'est des fumeurs de cannabis et tout, et... les produits sont soit très très mauvais comme ça mais il y en a des très bons maintenant et la cigarette vient s'ajouter à ça c'est-à-dire le tabac vient s'ajouter à une substance interdite qui est bonne quoi, enfin un bon pétard de beuh ... quand tu joues au foot, t'as un côté plus artistique, tu es apaisé moins viruleux que si t'avais bu des canons par exemple, parce que les amateurs ne sont pas surveillés, donc il y en a qui se dopent au Ricard d'autres à la Bob Marley et puis... même au niveau des, des peintures ou quoi, c'est vrai que fumer un bon pétard, ça m'évade quoi... tu vas aller plus dans le...

Donc vous peignez et ça vous aide à la création

Ouais... c'est c'est un menteur celui qui te dira ouais moi ça me fait rien, ça m'emmène pas. C'est pas vrai, c'est pas vrai ... c'est comme au football, moi quand je fume je suis un numéro 10, je fume un bon pétard... ouais je vais pas jouer pareil que si j'avais rien ou si comme avant je buvais, je buvais ça te rend agressif donc tu vas faire des trucs assez, assez ... viruleux quoi alors que fumer t'es plus dans le côté jeu le côté football loisir donc tu vas faire des petits ponts tu vas t'amuser à faire des trucs artistiques et tu le retrouves au niveau du pinceau et au bout de l'imaginaire, ça va t'emmener

Et les pétards ce que vous prenez c'est de la beuh pure ou vous mettez du tabac avec

Non je mets du tabac

Et du coup le tabac a un impact aussi quelque part sur cette créativité ou pas

Heu

Ou c'est juste la beuh

Les deux c'est les deux, il y a le côté bon tabac bonne beuh associée aux deux ça fait un bon pétard un bon pétard, c'est un bon moment aussi quoi

Et du coup, arrêter de fumer est-ce que ça voudrait dire en même temps arrêter les pétards

Oh oui il faudra que j'arrête les pétards parce que moi j'ai d'autres copains, ils fument que le pétard, alors si c'est 1 de temps en temps comme moi ça va mais si c'est tous les jours ils fument quoi, ils disent je fume pas les cigarettes, ben si quoi, tu mets du tabac dans tes pétards, si tu fumes tous les jours, tu fumes des cigarettes tous les jours, donc oui moi après c'est pétard, moi je préfère fumer un pétard de temps en temps et pas pas toucher aux clopes que pas du tout de pétard et fumer tous les jours

Mm

J'en suis là moi c'est-à-dire si j'arrive à ne pas fumer je pense que je me prendrai un petit pétard de temps en temps pour être bien ouais le dimanche par exemple pour aller jouer aux matchs, rien la semaine, ça oui même là j'en serai fier tu vois mais si j'arrête vraiment la cigarette je peux arrêter le pétard ça va avec de toute façon, ça va avec

Mm ... et le lien avec tabac alcool, parce que là on parlait du coup du cannabis, il y a un lien aussi entre les deux
Oui c'est encore pire, moi je me dis toujours que deux rois ne peuvent pas régner dans le même panier ben là c'est pareil tu peux pas ni boire ni fumer quoi c'est c'est 2 produits illicites, deux produits interdits qui font du dégât, il y en a ils conduisent il se rendent pas compte qu'ils sont des dangers et c'est mauvais, c'est mauvais en plus, c'est mauvais parce que autant le cannabis c'est fait pour décontracter et tout alors que l'alcool voire la drogue dure c'est un stimulant. Tu bois, il y en a qui boivent 10 bières, ben ils ont envie de faire les Zorro quoi, ils ont envie de faire la teuf, ils ont envie de voilà quoi... après... ouais... politiquement c'est pareil t'as pas de boulot et tout ça ben pas pareil quoi... si j'étais là à cette heure au boulot je ne fumerais pas, je ne travaille pas je fume c'est pareil il y a un côté... l'année dernière je fumais beaucoup moins parce que je travaillais, tu vois

Le fait de ne pas avoir de travail ça vous incite entre guillemets à fumer

Ben ouais ben les 2 clopes que j'ai fumées là ben celles de tout à l'heure je les aurais pas fumées dans les écoles

Et alors là vous fumez pour quoi du coup celle-là

Ben celle-là c'est le plaisir d'avoir fumé du tabac là là là comme je te le disais... heu pas les vraies en gros et puis... le côté coupe-faim, tu vois c'est l'heure du manger ben une clope maintenant j'en suis là parce que avant j'étais gros nananère pareil j'ai galéré pour maigrir pour être affuté pour jouer avec des gamins ... à ce niveau-là, à 50 balais j'ai l'âge de leur père, leurs pères tu les verraient, il y en a c'est des bedaines voilà enfin... celle que j'ai fumée tout à l'heure c'est une compensation, un petit encas de quelque chose quoi il y a ce côté-là aussi pareil pour le cannabis il y en a qui fument parce qu'ils croient qu'ils vont aller voir Bob Marley dans les étoiles. Non elle a un côté médicinal, c'est médicinal au départ, elle est faite pour réveiller les maux du corps, quand tu as mal à un endroit, parce que moi je suis d'origine Kabile, Algérien, moi, mes ancêtres fumaient comme voilà il y en a ils le mangent il y en a ils le font cuisiné le cannabis, c'est pas le côté cannabis, je vais emmerder tout le monde je suis anarchique, je vais fumer, non

C'est un côté culturel

C'est un côté culturel aussi, ouais tout à fait, tout à fait, moi quand je fume ça me réveille les douleurs vu que j'ai jamais été cassé, jamais été blessé réellement ben des fois t'as une petite scoliose discrète ça va réveiller ta scoliose tu vas te dire la journée tiens je vais me tenir droit ou je vais mettre ma ceinture

Ça vous fait des piqures de rappel sur les douleurs que vous avez pour vous dire faites attention

Ouais ça va me rappeler tiens garde ton dos droit... heu ouais il y a un côté aussi comme ça, t'as une lecture un peu de ... mm ... non je fais gaffe à moi, autant à l'époque pas trop quoi, j'étais plus jeune j'étais motard, loubard, on buvait et tout ça, maintenant ouais, c'est fini quoi, j'ai des enfants, j'ai encore la moto mais je fais gaffe, j'ai une voiture enfin voilà je veux garder mes points

Ouais vous faites plus attention

Ouais je fais plus attention à 50 balais bientôt tu peux pas te permettre de vivre comme un gamin de 25 quoi

Donc c'est un peu dans tous les domaines de la vie en fait quelque part

Exactement ça te suit dans le domaine de la vie tout à fait tout à fait, comme quand tu bois il faut pas prendre le volant, ben quand tu fumes c'est pareil essaie de pas prendre le volant prends les transports en commun même si tu es contrôlé, tu as pas conduit et maintenant c'est ça quoi maintenant t'as un pétard alors que tu fais rien de mal tu conduis t'as un contrôle stupéfiant pareil c'est comme si tu avais bu, c'est c'est voilà, faut prendre conscience de tout ça, de la vie quoi. Voilà voilà

Est-ce qu'il y a d'autres sujets par rapport à la cigarette qu'on aurait pas encore abordés et que vous voudriez abordés maintenant

Non franchement il y a ce désir d'arrêter mais si j'y arrive c'est bien franchement je serais fier de moi, si je n'y arrive pas ce serait pas non plus... vous savez je vais pas m'apitoyer, ça m'embêtera un peu mais voilà je continuerai à fumer et point quoi.

Mm

En réduisant, en faisant gaffe, en m'octroyant quelques paquets par-ci par-là, rien ne changera là-dessus quoi mais j'aimerais ouais au moins 1 année arrêter de fumer.

**** *REF_E_04 *SEXE_F *PRECAIRE_NON *CSP_EMPLOI *AIDE_NON

Alors la cigarette, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise, que je fume depuis l'âge de 16 ans, qu'à l'époque ça faisait bon genre disons bon voila et puis à l'époque on nous disait pas tous les méfaits en tout cas c'était pas autant heu médiatisé. Je crois que même on le disait pas

Mm

Quoique les parents laissaient fumer. Mes parents fumaient. Papa fumait Maman aussi bon ils ont arrêté tous les deux à l'âge de 50 ans et puis et puis quoi la cigarette ben je pense qu'au début c'est pour donner une contenance comme tous les ados on essaye d'avoir une contenance puis après ça devient comment dire un appui sur sur un appui sur pas un mal-être je vais dire mais sur heu je sais pas comment vous dire quoi

Oui c'est un ressenti

C'est ça, à l'époque c'était ça, c'est-à-dire qu'on se donnait un, on se donnait en tant qu'ado c'était comme une béquille pour pouvoir s'intégrer dans un groupe j'en sais rien bon il y aurait eu le sport il y aurait eu tout bon je vous ai dit le sport à l'époque mais ça n'empêchait pas de fumer mais tous les ados fumaient alors on fumait tous hein. Aujourd'hui c'est vrai que moi j'ai deux filles, j'en ai une qui fume mais très peu, la deuxième fume pas du tout. Elle a essayé mais je pense qu'on leur a tellement dit que c'était heu c'était finalement et puis moi je leur ai dit hein. En disant ben voila c'est quand même une drogue douce et puis que quelque part on y est dépendant de cette cigarette et que le mieux ben pour pas être dépendant c'est de pas commencer et qu'il y a plein de possibilité de se donner des contenance et puis et puis que finalement heu on a pas besoin de donner de contenance on est ce qu'on est. Vous savez, je vais faire un parallèle par rapport à l'alcool. Il y a il y a beaucoup de jeunes qui s'alcoolisent pour se donner un genre et qui se permettent ça désinhibe, ça bon on fait plein de choses et je disais à ma fille quand tu vas en boîte si tu as envie de monter sur la table tu as pas besoin d'avoir un verre ou 4 grammes enfin tu as pas besoin de boire ou de prendre de la drogue. T'as envie, lâche toi et puis tant pis ce que les autres pensent, tu as pas besoin, sois toi-même. Donc effectivement elle fume pas. La deuxième elle fume mais bon elle fume heu pfff très peu.

Vous pensez que la consommation de drogue, que ce soit de l'alcool ou le tabac c'est principalement pour se donner une contenance et puis

C'est pour se donner pas une contenance c'est pour se donner heu ... être un peu narcissique et être un peu, avoir confiance en soi.

D'accord

Disons que moi c'est comme ça que je l'ai abordé quand j'étais jeune.

Oui

Et maintenant je me rends compte qu'effectivement aussi la cigarette bon maintenant je suis dépendante, je suis dépendante, je fume 15 cigarettes par jour un paquet heu donc j'en ai besoin bon après je suis dans une situation aujourd'hui familiale qui m'amène à fumer un peu plus bon ben voila cette mais heu ça me donne pas une confiance mais quand je vais pas bien je vais prendre ma cigarette ça s'est certain quoi

Oui ça vous aide quand vous êtes pas bien

Ben ça m'aide à me détendre, au lieu de prendre un médicament je prends une clope quoi

Oui

Au lieu de prendre un verre je prends une clope. Ça me permet de me ouais de m'apaiser quelque part.

Oui

Mais est-ce que ça m'apaise j'en sais rien, en tout cas ça me permet d'avoir ce petit moment de pfiou je sais pas comment dire ça vous donne voila 5 minutes de pause. Vous pouvez prendre une barre chocolatée et qui aura des effets sur le diabète.

Vous faites des parallèles en fait, que ce soit, une cigarette que ce soit un verre d'alcool

Ouais

Que ce soit une barre

Chocolatée. A partir du moment où je pense que c'est avec excès c'est ça arrive de mettre des problèmes de santé. J'ai une collègue là qui disait que l'autre fois on partait manger et ma collègue on avait tous pris notre cigarette en sortant puisque maintenant on a plus le droit de fumer dans les bureaux. Et je lui dis Marie tu prends pas ta clope. Elle dit mais nan moi je prends ma cigarette qu'après le repas et j'en fume une par jour bon et je vois pas pourquoi je m'en priverais. Et je me disais si je pouvais faire pareil. Le problème c'est que moi j'en prends une, je reste pas à une quoi

Oui vous arrivez pas à

Alors elle elle mettait en parallèle ce petit moment de plaisir au moment où elle buvait son café et fumait sa cigarette et elle disait j'en fume qu'une par jour et effectivement je pense pas qu'une par jour ça lui fasse

beaucoup de dégâts. Je sais pas, peut-être que si hein parce que moi j'ai ma grand-mère qui est décédée d'un cancer généralisé bon à l'époque c'était pas pris. Elle avait jamais bu, jamais fumé heu jamais eu d'excès dans sa vie donc après la peur de la maladie par rapport à la cigarette bon on l'a dans la tête, on se le dit et c'est vrai que là j'ai pris mon rendez-vous chez heu le tabacologue ici parce que j'ai déjà essayé de différentes façons d'arrêter de fumer et je me suis dit tiens un tabacologue peut-être que heu on discutera peut-être je sais pas heu je l'ai pris heu ... où je voulais en venir, je l'ai pris avec l'idée d'arrêter effectivement heu ... je vois plus ce que j'étais en train de dire mais heu comment dire ouais cette cigarette heu ouais quelque part c'est une béquille dans la vie. Mais comme tout le monde je pense comme vous dites ha oui je disais par rapport aux aux méfaits, tout ce qui est pris avec excès peut amener amener à des maladies graves. Le chocolat en excès peut enfin voilà. Moi c'est la cigarette.

Et l'excès de la cigarette c'est à partir de quand ? Parce que là vous disiez que 1 cigarette ça va pas lui faire Ha ben ouais Moi l'excès de cigarettes moi j'ai toujours fumé à peu près heu j'ai jamais passé heu 1 paquet par jour sauf quand j'étais jeune et qu'on allait en sortie et que dans la journée heu ben j'avais fumé et que le soir on était en sortie mais bon après non j'ai jamais dépassé. J'ai jamais fumé comme certains heu 3 paquets par jour. Par contre c'est vrai que avant je fumais pas le matin, maintenant je fume le matin et je fume le matin depuis des problèmes personnels qui qui qui ont heu des problèmes personnels des soucis de la vie qui fait que à un moment donné vous en parlez pas aux autres parce que ça gave tout le monde. Parce que ... le le regard des gens c'est idiot ce que je dis est automatiquement, et cette cigarette m'a permis, je l'ai commencée le matin à partir de ces moments là. Donc c'était un moment douloureux c'est pour ça. Donc après c'est vrai que je suis arrivée à allumer la cigarette le matin alors alors que avant j'allumais une cigarette allez au café à midi, ce qui fait que je fumais moins.

Oui c'est ce que j'allais dire que vous avez augmenté la consommation du fait d'avoir des événements de vie qui ont été difficiles

Oui

Et heu vous avez augmenté la consommation justement pour avoir ce côté béquille

Oui

Et vous aider parce que heu ce que vous disiez c'est que le malheur ça gave les gens

Oui

Pour vous et vous intériorisez ça et vous l'évacuez quelque part avec la cigarette c'est ça ?

Tout à fait, tout à fait le malheur ça gave les gens le malheur le souci bon bon on a beau vous dire on est dans une société aujourd'hui où le paraître est super important où on est dans un souci où il faut être au top partout, faut être jeune, beau, en bonne santé heu réussir dans sa vie sinon la société telle qu'elle est aujourd'hui bon moi j'ai pas de problème de boulot, j'en ai jamais eu j'ai toujours travaillé depuis l'âge de 16 ans et demi heu je me suis heu j'ai pas fait d'études mais ça m'a pas empêchée d'évoluer puis on est aujourd'hui dans une société où on jette facilement ceux qui ne rentrent pas dans un moule quel qu'il soit hein intellectuellement limité ou qu'il soit pas dans les normes de la société heu ça aussi cette société telle qu'elle est heu heu ouais cette société où on a l'impression qu'on fait tout pour tout le monde, qu'on assiste beaucoup les gens c'est faux quoi, disons peut-être des organismes comme vous où la psy ou machin mais sorti de là, non. Les gens sont très heu faut être parfait quoi ...

Et par rapport à la cigarette du coup ? Vous pensez qu'il y a quel jugement des gens dessus ?

Alors aujourd'hui alors aujourd'hui on est des pestiférés

Oui

Les gens qui fument on est considérés comme ouais comme tous ceux qui font des excès oui heu maintenant bon on est venus à la cigarette électronique, tous les collègues me disent ha la cigarette électronique alors alors j'ai envie de leur dire vous savez on a pas de recul par rapport à la cigarette électronique puisque c'est bien beau de prendre la cigarette électronique mais bon maintenant dans les lieux de travail les gens fument avec comment on peut pas fumer on fume avec les cigarettes électroniques et donc on l'a tout le temps constamment en en main et je me dis est-ce qu'il y a pas de méfait pour la santé ? Ca on le sait pas on a pas de recul. Donc dans 10 ans on va nous dire quoi ben oui on vous avez arrêté vous avez pas de cancer de poumon mais vous aurez peut-être je sais pas moi des des déficiences intellectuelles parce que je sais pas. Je sais pas je connais pas je suis pas allée faire d'études sur la cigarette électronique donc heu quelque part ouais

Oui vous dites qu'avec l'absence de recul à la rigueur il vaut mieux rester prudent

Ben vaut mieux rester avec son cancer du poumon. Non mais ça c'est une boutade mais j'aimerais pas l'avoir mais si je l'ai je l'ai le cancer du poumon, le cancer de la gorge peu importe mais je me dis heu on veut nous enlever à côté ce problème parce qu'effectivement la cigarette le problème de santé qui embête l'Etat c'est

c'est le coût que ça a par rapport aux soins parce que finalement qu'est-ce qu'on en a à foutre que les gens fument. Voyez on est dans une société je suis peut-être négative mais c'est un peu ça on s'inquiète des gens voilà ça c'est comme les morts sur la route on vous dit qu'il y en a plein bon on il y a plein de trucs après heu oui moi aujourd'hui j'ai envie d'arrêter parce que j'ai envie d'arrêter mais c'est pas c'est c'est une question d'abord financière

Oui

Oui après il y a une autre question c'est que effectivement je me dis j'aimerais pas être à la charge de mes enfants si j'ai un cancer qui heu c'est pas l'histoire d'avoir un cancer c'est l'histoire des soins lourds avec gens autour de vous qui vont être malheureux de vous

C'est plus par rapport aux autres en fait

Oui

Plus que par rapport à vous-même. Parce que ce que vous disiez tout à l'heure, que ce soit un cancer du poumon, un cancer de la gorge, peu importe, mais vous c'est plus la charge que vous risquez d'être pour les autres

Ha oui, ha oui, oui oui oui tout à fait après c'est c'est heu il y a longtemps que je voulais prendre un rendez-vous, j'avais entendu une de vos collègues sur un dossier et il y a longtemps je lui avais dit je lui avais dit et puis je lui avais fait la même remarque que je vous avais fait au téléphone c'était pas à vous c'était quand j'ai pris mon rendez-vous qu'elle m'a dit heu moi je pensais que j'allais prendre un rendez-vous qu'on allait me recevoir une demi-heure et puis et puis qu'après on me recevrait une demi-heure après pour voir si ce qu'on met en place heu est-ce que je consomme ou pas de la cigarette parce que du jour au lendemain peut arrêter, il y en a qui arrivent j'ai des collègues qui me le disent. Moi aussi à des moments de ma vie j'ai arrêté du jour au lendemain

Oui

Et j'ai arrêté pendant 4 ans. Ben c'est pareil j'ai arrêté parce que je suis tombée enceinte, parce que j'ai allaité mes enfants, parce qu'ils avaient jusqu'à l'âge de 4 ans j'ai pas voilà, je l'ai je l'ai fait pour la première je l'ai fait sans contrainte. La deuxième la contrainte elle était plus importante puisqu'à ce moment là, oui effectivement j'avais heu des trucs de la vie qui me laissaient moins le choix par rapport à la naissance, des trucs qu'il fallait gérer et donc j'avais arrêté vraiment, j'ai tenu pour la petite

Quand vous dites la première fois c'est par rapport à une première grossesse ?

Oui une première grossesse, l'allaitement, un enfant qui j'ai arrêté jusqu'à l'âge de 4 ans, la deuxième heu ben dès que j'ai été enceinte j'ai arrêté heu j'ai allaité heu je suis restée heu ha par contre elle était plus âgée je tenais le bon bout et puis il y a un truc dans la vie qui à ce moment là. Alors on se trouve toujours une excuse hein pour reprendre la cigarette. Je pense qu'un fumeur il a toujours envie, c'est ce que vous disent tous les fumeurs, on a toujours envie. On a toujours cette envie parce que la cigarette c'est pas que du négatif, il y a aussi du positif

Oui

C'est comme, on va repartir sur l'alcool, l'alcool c'est pas que du négatif il y a aussi du positif. Il y a je parlais de boire par excès mais à une soirée je disais tout à l'heure à mes collègues et on parlait d'un truc je disais ben si elle réussit je vous paye le champagne puis il y a une collègue elle dit tu sais nous on boit pas du tout alors je dis bon je vous payerai le restau ce sera plus cher mais bon si je peux payer 2 bouteilles de champagne à 15 euros je peux bien payer un restau.

Mm mm

Mais bon ce que je veux dire ça peut être toute toute chose pour moi est heu un un une bonne coupe de champagne c'est bon, une petite cigarette c'est bon. Où ça devient où ça devient un souci c'est quand il y en a trop.

C'est l'accumulation. Quand c'est en petites quantités ça va encore

En petites quantités je vois pas ce que ça peut avoir comme effet de fumer une cigarette comme ma collègue tous les jours à midi après en prenant son café en discutant avec nous. ... Disons je pense que ...

Là vous ne voyez pas ce que ça peut avoir comme effet pour elle.

Comme méfait, comme effet si. L'effet je le vois, ce plaisir de s'arrêter de boire un café et caetera, de fumer sa cigarette et de discuter. Sauf que moi comme il y en a plus, il y en a qui ne sont pas. Je vois ce matin j'étais un peu agacée je suis sortie oui je suis allée fumer sur le balcon. Après je me suis arrêtée c'est ce que je disais à un collègue bon on peut s'arrêter comme ça. Oui on peut s'arrêter comme ça mais il y a un manque. Il y a un manque donc heu il y a un manque le manque y est quoi ben comme une drogue quoi il y a un manque.

Comment vous le ressentez ce manque ? Qu'est-ce que c'est ?

Ha, comment je le ressens. Alors pas physique puisque physique c'est vrai quand je me suis arrêtée heu je pense que j'ai repris mon souffle il m'en manque pas bon heu le manque c'est l'agacement, l'agacement par rapport aux trucs de la vie qui font que ben peut-être parce que j'ose peut-être pas dire aux gens, des fois ça m'énervé ou voilà il y a des choses je je suis une personne qui effectivement heu qui donne l'impression de d'être sûre d'elle. Je vais pas dire que je suis pas sûre de moi mais il y a des moments j'aurais envie de dire aux gens mais putain et puis prendre des colères. Il y a des gens qui arrivent à exploser moi je voilà moi je passe pour la bonne copine. Je passe heu j'ai une copine qui a l'habitude de dire que heu on me met une gifle, on te met une gifle tu tends l'autre joue parce qu'effectivement j'évite les conflits et que ben j'ai pas, parce que où les gens ont une position hiérarchique au-dessus de moi ou pour pas blesser les gens avec qui avec qui je vis ou parce que j'ai pas envie d'envoyer tout péter donc cette cigarette me permet de me contrôler et quand je l'ai pas

C'est pour le contrôle ? C'est pas pour

Ouais c'est pour le contrôle. Ouais il y a des moments c'est pour contrôler. La cigarette au café c'est un moment plaisir. C'est ce que je dis si je pouvais rester sur cette cigarette, juste celle-là mais après non après je fume aussi parce que c'est une addiction point faut pas se leurrer quoi ... Mais heu il y a des moments où je je vais pas penser du tout à la cigarette et quand je vais avoir un moment d'agacement ou un truc qui va m'énervé ou ou je vais prendre sur moi ou c'est c'est lourd à gérer heu ben la cigarette me permet de prendre du recul.

Mm mm et vous dites c'est une addiction, qu'est-ce que ça représente pour vous ?

Ben c'est-à-dire une addiction c'est le fait de pas vous en passer

Oui

C'est-à-dire que qu'est-ce que j'aimerais pouvoir m'en passer ... ou au moins contrôler celles qui sont au moment du contrôle ... pas celles du plaisir, celles du du celle du café à midi si je pouvais la garder

Oui c'est garder la cigarette plaisir que vous disiez

Voilà mais pas avoir la cigarette heu ... pas avoir la cigarette pour heu pour heu pour au lieu de dire à quelqu'un tu me fais chier dégage de mon bureau ou toi tu m'emmerdes ou toi heu t'es bien gentil heu voilà t'es mon chef mais si je pouvais te dire que t'es un gros con pas mes chefs mais je parle en en termes de hiérarchie quoi. Vous comprenez ce que je veux dire pas spécialement mes chefs mais les gens, vous savez on est dans une société aujourd'hui ... où les gens quoi sont à des endroits pour prendre des décisions ben ils les prennent pas ils se déchargent sur vous quoi et donc vous avez envie de leur dire moi j'ai atteint moi j'ai envie de dire à tous ces gens parce qu'il a fait bac plus machin quoi. T'as ta petite place mais prends et au lieu de t'en prendre à l'autre ben fais de jà ton boulot et après on verra. Donc cette cigarette me permet aussi de prendre sur moi par rapport à par rapport à mon boulot.

Été ça pour vous c'est un effet positif ou un effet négatif ? Parce que tout à l'heure on parlait des méfaits, vous me parliez de cancer et caetera et d'un autre côté ça vous permet ça vous aide entre guillemets à gérer

C'est positif, c'est positif parce que je gère mais c'est négatif parce que je dis pas ce que je pense

Ouais

Donc bilan de l'opération on tourne en rond.

Mm mm

Parce que tant que j'arriverai pas à heu à ben ben des fois à à pas à assurer j'assume hein mais à dire à des gens ... ouais à être ce qu'on veut

Et par le suivi qu'est-ce que vous recherchez en fait, c'est à gérer cette dépendance physique dont vous parliez tout à l'heure ou c'est à vous aider par rapport à cette cigarette heu contrôle

Ben c'est à gérer tout quoi, c'est à gérer heu ces cigarettes contrôles qui vont me permettre de peut-être de dire au lieu de prendre la cigarette essayez de dire aux gens heu ben écoutez vous êtes bien gentil, vous avez fait une analyse c'est pas la mienne bon voilà moi je rends mon travail vous et puis ça parce que c'est arrivé hier mais heu ça me permettrait ça peut-être de me sentir bien et puis et puis enlever cette histoire de cigarette qui me coûte des ronds, qui enfument ma maison et où ça pue heu voilà puis voilà, qui me permettrait de ravoir du souffle bien que j'en j'en ai je suis même étonnée heu je me dis avec tout ce que tu as fumé comment ça se fait que tu arrives encore à avoir du souffle ? Et heu et heu et pas prendre cette cigarette quand quand je suis avec les gens et qui me permet quand je suis avec pas quand je trouve pas ma place mais comme j'ai une timidité même si ça paraît pas qui me permet de prendre cette cigarette pour prendre du recul. Vous comprenez ce que je veux dire ?

De ne plus avoir besoin de ce que vous disiez tout à l'heure de se donner de la contenance, que ça vienne naturellement

Que naturellement je sois là avec des gens que je puisse naturellement heu heu dialoguer avec eux les écouter et que et que naturellement pouvoir dire ben écoute ça me fait rire ce que tu dis mais là là tu ton truc là qu'est-ce que j'ai envie de te le dire houlala pfiou

Mm mm

Mais comme on est avec tout le monde je peux pas le dire heu je prends ma clope en me disant je vais pas dire. Même dans des soirées heu animées où on on on blague il y a des fois il y a des trucs où j'ai envie de dire putain il y a que toi que ça fait rire quoi. Ou alors les autres rient ou alors ou alors c'est moi qui suis pas saine mais je me dis non je suis quand même saine. Ouais c'est lâche quoi

Et alors du coup tout à l'heure je reviens sur ce que vous disiez par rapport aux méfaits, vous me parliez de de cancer, vous me parliez que finalement vous étiez surprise d'avoir encore du souffle heu vous parlez que dans la maison fumer dans la maison ça pue

Oui enfin ça c'est du coup des méfaits directement sur la santé

Ouais

Qu'est-ce qu'il y a comme effets positifs ou négatifs liés au fait de fumer ? On parlait un peu de se donner de la contenance

Et ben voilà, l'effet positif c'est ça.

Vous c'est ça uniquement ?

Moi l'effet positif c'est de me donner de la contenance et de me permettre d'assumer des choses heu d'être forte vis-à-vis de plein de choses ... (Pleure)

Ca vous renvoie à des émotions

Mm ... mm

Et si on revient sur des effets négatifs, quels effets vous pourriez avoir ? Comme effets négatifs, on parlait tout à l'heure de la maladie

Ha ben ouais la maladie

C'est ça la principale

Ha ouais c'est ça. Et ben cette histoire de maladie c'est de me retrouver à la charge, à la charge de mes enfants, de les faire souffrir, de pas profiter de la vie qu'on aura après donc aussi il y a cette crainte. Il y a cette crainte de se dire quelque part c'est se voiler la face, c'est se dire t'as cette crainte mais tu y vas quand même comme je disais à votre collègue l'autre fois je disais elle me dit vous venez pour alors je disais je dis alors pour le rendez-vous vous venez dans 3 mois alors que c'était c'était tout de suite que on prend la décision c'est tout de suite.

Mm mm

Bon je me suis dit je prends le rendez-vous donc heu finalement j'ai bien l'intention d'y venir

Oui

Parce que c'est vrai quand c'est 3 mois vous avez le temps de changer d'idée et heu bon elle me dit faudra la matinée. Moi je me suis dit je pensais une demi-heure alors elle me dit non parce qu'il faut vous faire des bilans de santé. Et là d'un coup je me suis dit ouah et si on me dit que j'ai un cancer, et là elle me dit et peut-être pas et je je disais en rigolant à une collègue mais si on le dit que j'ai un cancer et machin moi je continue à fumer quoi si je si je peux pas me soigner autant aller jusqu'au bout de ce que j'ai fait de ce que j'ai créé parce que c'est bien moi qui l'ai voulu ça

Mm mm

Après heu on a des cancers, on a pas que des cancers à cause de la clope. On a des cancers à cause de ce qu'on bouffe, on a des cancers avec la pollution de l'air on voila il y a plein de raisons donc heu voila, chaque fois que je pensais à ça je me disais heu il y a d'autres raisons heu je sais pas, j'ai j'ai essayé d'arrêter de fumer, j'ai arrêté de fumer aux moments où j'ai pu par moi-même, j'ai essayé par (Fait des bruits et gestes) ça a marché 15 jours

C'était quoi ça ?

C'était heu je suis allée voir une magnétiseuse voila machin qui vous parlait dans l'oreille. Ca a marche hein je suis sortie de chez elle avec pas une envie. Je vais vous dire pourquoi j'étais avec une collègue on était dans les embouteillages, chaque fois que je suis dans les embouteillages je fume vous savez comme on est machin alors ça c'est pareil peut-être pour gérer qu'est-ce que tu fais là tu vois bien t'es coincée alors les gens qui klaxonnent, les gens agressifs donc heu d'habitude j'allume toujours une cigarette et là j'en ai pas senti le besoin donc ça a marché sinon que 15 jours après j'étais en couple depuis 35 ans et et heu j'ai mon conjoint qui qui m'a expliqué que ben voila on avait passé longtemps ensemble mais que bon ben on avait élevés des enfants mais que bon chacun sa vie. Donc là j'ai repris la cigarette quoi parce qu'effectivement heu j'ai contenu

heu ouais j'ai contenu ma colère en disant il y a d'autres trucs mais bon là aussi j'étais gentille quoi ... Quitte à tout changer dans ma vie aujourd'hui en plus je vais te laisser la clope, vous comprenez ce que je veux dire ? Je reconstruis tout

Ca s'inscrit dans un changement global

Ha ça s'inscrit dans un changement global en me disant voilà cette cigarette qui pendant des années t'a permis de de de dire de de contrôler tes trucs et pas dire à des moments à des gens voilà il y a ça ça la gentille Brigitte qui voilà qu'est sympa qui supporte les remarques des gens qui viennent voilà qui supporte la belle-mère qu'est super envahissante et que aujourd'hui nanana et ben cette petite Brigitte gentille j'en veux plus je veux que cette cigarette je me dis que tant pis peut-être je passerai pour la méchante qui dira ce qu'elle pense quand elle veut et dire bon j'y arrive. C'est c'est en plus global parce qu'en même temps je suis comme j'ai fait une dépression je suis suivie par quelqu'un je me fais suivre par quelqu'un et voilà donc ça s'inscrit dans ce truc là dans ce truc de dire ben voilà. Je suis quelqu'un de bien donc je vais laisser cette clope qui me permet aussi de rester quelqu'un de bien mais qui rester quelqu'un de bien qui ose pas dire les choses si j'ai envie de les dire Et vous avez commencé à le faire

J'ai commencé ouais mais pas tout le temps

Mm mm

C'est pas autant que je voudrais crier, c'est parce que parce que parce que ça revient au même. Je même si j'ai commencé à le faire, ça change rien, ça change rien. Il y a cette société telle qu'elle est aujourd'hui heu on gère les choses au jour le jour et on approfondit pas donc heu c'est comme on soigne et si après il y a pas de suivi donc moi j'espère je vais essayer d'arrêter la clope mais je veux que si demain heu alors que ça fait 3 mois que j'ai arrêté téléphoner et dire bon je pense que je vais craquer qu'on me dise pas ha ben non on peut pas. Vous comprenez ce que je veux dire ? Qu'on aille au bout des choses ... Je sais pas si je suis très explicite.

Qu'est-ce que ça risquerait en fait, qu'est-ce que vous attendez qu'on vous dise si au bout de 3 mois vous appelez en disant je risque de recraquer ?

Et ben j'attends qu'on me dise et ben écoutez venez vous voir ce n'est pas un drame heu voilà faire un truc je sais pas c'est pas je crois que cette cigarette m'a permis de ... ouais de donner le change

Mm mm

Je sais pas si c'est pareil pour tout le monde

En tout cas c'est comme ça pour vous c'est ça qui est important ... Vous parliez de plusieurs tentatives d'arrêt donc, que vous aviez arrêté deux fois avec la naissance et l'allaitement. Est-ce que vous avez arrêté à d'autres moments ? Vous disiez avec la magnétiseuse

Oui ben 15 jours voilà

Et sinon vous avez arrêté d'autres fois ?

Après j'ai fait de l'acupuncture, j'y suis allé avec un collègue là

Oui

XXX J'ai trouvé que c'était de l'argent foutu en l'air. Il met des aiguilles partout alors je sortais en disant. Après c'est vrai j'ai une collègue qui dit de toute façon c'est qu'une question de volonté ... et j'ai envie de lui dire oui c'est une question de volonté. Je pense que arrivé un moment il y a pas que une question de volonté, il y a une dépendance à la cigarette que qui effectivement comme je vous dis j'ai envie de dire ce que je pense qu'effectivement ça ben je peux essayer de le faire et je me dis qu'en plus si XXX je fume la cigarette en même temps ben je vais tellement être énervée que que tu vas que dire ce que tu penses. Tu vas tu vas... vous savez c'est comme une cocotte-minute vous mettez en pression et si vous lâchez d'un coup ben pffff et ben je te dis cette cigarette me permet de, le fait de de de maintenant de de pas accepter des trucs que j'ai acceptés avant ou de dire à quelqu'un pffff mais heu je me dis si j'ai pas cette cigarette qui me permet peut-être aussi de contrôler ce ben cette XXX de blessure narcissique qui m'amène aujourd'hui vous savez quoi j'ai un métier je suis auxiliaire de police. On reçoit tous les jours des gens qui ont des problèmes, tous les jours vous savez c'est comme les psy (Regarde son portable). Je suis désolé je me demande si c'est pas ma fille. Donc voilà on on gère un peu comme vous vous entendez les gens ont leurs problèmes il faut les gérer heu voilà et vous en plus de votre côté vous avez aussi des des des voilà moi j'ai aussi une dame qui disait vous pouvez pas comprendre. Donc j'ai un uniforme bleu je peux pas comprendre, effectivement vous avez un problème et on bon je disais à mon collègue je venais de perdre mon frère d'une façon dramatique bon c'est toujours dramatique mais il s'est fait assassiné et heu et j'avais une dame qu'on avait interpellée qui expliquait bon elle avait bu et comme je le disais elle a expliqué que et je pouvais pas comprendre, elle m'a pourrie si bien que j'ai dit on va arrêter l'audition là, vous allez repartir de votre côté. Je me rappelle bon il y en a qui sont bien qui a commencé à me dire tu sais elle a vu du bleu elle a pas vu l'humain derrière parce qu'ils ont pas vu l'humain alors heu moi je

peux comprendre son problème je peux comprendre qu'elle aille pas bien mais arrivé un moment qu'elle est pas bien comme moi ça peut arriver que je sois pas bien je peux comprendre mais après faut que j'assume. Vous comprenez ? Que j'assume, j'assume les erreurs que je peux faire c'est comme là, je parle du cancer, si je l'ai il va falloir que je l'assume et il va pas falloir que ce soit de la faute des autres. C'est de ma faute !

Mm mm

Même si cette cigarette m'a été heu je l'ai prise au lieu d'avoir un soutien, de personnes dont j'attendais peut-être du soutien mais c'est pas leur faute je suis peut-être pas allée le chercher ce soutien donc j'ai pris la clope.

Vous vous sentez donc responsable du fait de fumer.

Ha oui oui en quelque sorte je vais pas dire c'est la faute des ha non non non. Vous savez les gens qui, aux Etats-Unis ils font des procès aux gens qui vendent des clopes parce que le fait que fumer tue sur un paquet, on a obligé toutes ces publicités à mettre. Une fois qu'on l'a dit vous le savez que fumer tue hein. Donc on est pas obligés, non je suis responsable. Non ça alors là. Ca j'arrive pas à comprendre cette société où les gens heu. L'autre fois je disais, ça a rien à voir, je sais pas si vous avez vu au Mont-Dore un enfant qui a eu un grave accident qui faisait de la luge et des gens sont en train d'attaquer la heu le maire parce qu'il avait pas écrit interdit à la luge. Il y a des endroits pour faire de la luge, si il faut qu'on vous dise interdit si, ha non je suis responsable je m'en prendrai pas aux autres hein. Ma vie a fait que j'ai pas su la gérer, j'ai peut-être pas su gérer heu ouais ces petits problème de la vie que tout le monde a. Je suis pas allée chercher de l'aide non plus. Ce que je veux dire je suis responsable oui

Mm mm

Je suis responsable de fumer des cigarettes, c'est la faute à personne hein. La seule chose où je me sentirais pas responsable c'est que quand on était jeunes nous ados on était pas venu nous dire que c'était dangereux, on les distribuait les clopes. Vous savez on allait en boîte, vous avez l'âge à peu près je sais pas quel âge vous avez. Ben fut un certain temps ils distribuaient les préservatifs vous le savez et ben nous on nous distribuait des clopes donc là par contre à cette époque je me sens pas j'étais pas responsable comme maintenant quand les jeunes vont en boîte vous leur distribuez des alcools gratuits heu ça je trouve ça pas responsable. Là par contre la société est responsable. Mais bon après adulte j'aurais pu, j'aurais pu, l'analyse je l'ai faite donc j'aurais pu laisser la clope. Il y a qu'à ce moment là que je me sens pas responsable, j'étais ado donc je fais comme tous les ados.

C'est ce que vous me disiez au début que vous étiez pas non plus au courants des méfaits qu'il pouvait y avoir par rapport au fait de fumer. Vous vous êtes un peu laissée entraîner par le, vous fumez avec les autres pour vous donner contenance

Oui et puis c'était gratuit. Ha c'était gratuit complètement gratuit. Vous allez en boîte je vous dis il y avait des paniers où il y avait des cigarettes comme ça en vrac comme au moment du Sida où ils mettaient des paniers avec des préservatifs pour que les jeunes. Le but c'était que les jeunes deviennent ça deviennent un automatisme mais là par rapport au préservatif c'est très bien ce qu'ils ont fait, ça a un poids positif sur la santé de chacun mais par rapport aux clopes tous ces gens à qui on disait pas à nous qu'on risquait la dépendance et et la dépendance, les problèmes financiers et et il y avait pas de problème financier à l'époque ça coûtait 3 francs 6 sous aujourd'hui ça coûte et et les problèmes de santé là oui je me sens pas responsable de ça là. Non je me sens responsable où étant adulte on a commencé à en parler mais bon quand ils ont commencé à en parler moi ça faisait 10 ans que je fumais quoi. Ça faisait 10 ans.

Et du coup vous étiez dépendante

Ha ben oui j'étais déjà dépendante de cette clope quoi ouais ouais j'étais déjà dépendante de cette clope. Dix ans oui, ce bienfait, j'aurais pu trouver une autre solution, j'aurais pu trouver le sport, j'aurais pu trouver, j'aurais pu trouver heu d'avoir plein d'amants, des trucs qui auraient été moins préjudiciables pour ma santé. Le problème il est là c'est que c'est préjudiciable alors que la rando ou le vélo moi mes filles lorsque je leur ai dit vous savez il y a plein de gamins qui fument du cannabis et le grand discours de ces gamins c'est que c'est pas plus dangereux que la clope machin, ben non c'est pas plus dangereux tu as raison mais heu nous on nous l'a pas dit mais aujourd'hui voilà on en est là quand même avec des gens qui sont dépendants de la clope avec tout ce que ça englobe donc heu donc je leur explique que moi j'expliquais en disant que tu peux être toi-même sans avoir besoin de substitut. Si tu as envie de dire heu à ton grand patron vous me faites chier ben tu peux. Pas en disant comme ça mais voilà. J'ai une de mes filles qui travaille donc elle a une place elle débute bon elle s'est retrouvée sans le savoir que le gars c'était le big boss quand il lui a parlé mal comme je lui ai toujours dit si tu estimes que tu es sûre de toi tu te permets de dire voilà, voilà. Elle est venue en disant que l'autre il est arrivé il m'a emmerdée pour un machin et puis je lui ai dit je vous permets pas de me parler comme ça. Vous me parlez pas comme ça sur ce ton avec ses deux secrétaires. Il s'est avéré que c'était le big

boss de l'autre qui surveille l'autre. Bon après n'empêche que les personnes elle a été voir et on lui a dit de toute façon voilà mais heu je me rappelle sa grand-mère disant ça se fait pas mais non tu as pas à te laisser parler comme une merde. En plus elle travaille dans un milieu d'hommes, si tu es sûre de toi tu es pas obligée de lui dire tu es un gros con mais heu et tout le monde autour d'elle parce qu'effectivement elle a parlé, ça l'a affectée elle est venue en disant j'en ai fait une c'était tout au début et puis elle dit voilà. Je lui ai dit écoute si tu es sûre de toi tu vas voir ton chef tu lui en parles. Elle en a parlé les autres lui ont dit t'inquiète c'est un con voilà tout le monde était unanime sur le truc par contre tu l'évites quoi, évite de le voir mais voilà c'était le fait voyez ce que je veux dire c'est d'essayer de leur apprendre à être sûres d'elles tout en étant correctes et après pas avoir comme le mec qui travaille toute la journée qui est gavé qui va fumer sa clope, boire son coup parce qu'il faut décompresser ou moi j'ai des collègues ils sont fous de sport, ils ont une addiction au sport ils peuvent pas passer une semaine si on a beaucoup de boulot, il y a des fois on travaille entre midi et deux, il faut qu'ils aillent faire moi j'ai des collègues ils font 40 kilomètres, les 100 kilomètres parce que voilà c'est une addiction pareille en disant, voilà certain ont beaucoup de problèmes de santé parce que à force d'aller courir là sur le bitume ils ont tous des problèmes d'articulation, ça revient au même voyez pourtant le sport pourtant devrait être quelque chose de bénéfique. Tout ce qui est fait à outrance peut
Ce que vous disiez tout à l'heure, tout ce qui est fait dans l'excès peut être négatif.

Voilà ! donc voilà

Plusieurs fois vous m'avez parlé que vous avez essayé d'arrêter pour des raisons financières

Alors j'essaie d'arrêter pour des raisons financières pas parce que je suis dans le besoin mais j'ai calculé que ça faisait 150 euros par mois, que 150 euros par mois multipliés par 10 ça fait 1500, 1500 plus 300 ça fait 1450 et 1450 dans l'année ça me paierait un super beau voyage

Mm mm

Voilà, c'est pas que je peux pas les payer les 150 mais il y a des gens ils sont en plus comme moi dépendants de cette clope et ils peuvent pas payer. J'ai une de mes collègues son mari est financier et l'autre fois il dit t'es à découvert et l'autre il lui dit t'as qu'à arrêter de fumer. J'ai dit je comprends pas, on en est là quand même. Les gens qui fument qui gagnent tout juste le SMIC, voilà c'est un pestiféré en plus il fume je veux dire voilà. On avait pas besoin de ce après l'Etat a peut-être raison d'augmenter les prix, déjà pour payer tout ce qu'on va leur coûter en maladies et puis et puis et puis pour se donner bonne conscience aussi

Vous pensez que c'est pour se donner bonne conscience l'augmentation des prix ?

Non l'augmentation des prix c'est pour arrêter de fumer mais surtout pour remplir les caisses et soigner les gens qui ont des cancers, on en est là moi je le pense. Parce qu'on parlait de la cigarette avec fumer tue, moi à mon époque, les clopes, des publicités sur la cigarette, sur les alcools, il y en avait à la télé tous les 4 matins. Lucky Luke il avait une clope maintenant il est sans clope Lucky Luke. Tous les films, vous prenez tous les films avant les années 90, vous avez tous les acteurs avec leurs clopes machin ouais c'était tout, voilà vous vous dites la société change, heureusement, dans le bon comme dans le mauvais. Mais heu

Oui parce que vous êtes quand même assez critique par rapport à la société d'aujourd'hui

Oui

Et d'un autre côté vous voyez cette évolution par rapport à la cigarette.

Ben je trouve que c'est très bien mais heu je trouve que c'est très bien. Ce qui est très bien c'est voilà on prend mais il faut pas que nous qui avons été, il faut qu'on soit des pestiférés, on est ni des assassins, ni des délinquants. On met un peu en péril notre santé ça c'est sûr, notre budget et puis bon c'est ça aussi, le fait il y a des collègues, le pire c'est les anciens fumeurs alors ça ils sont ils super pas tolérants

Vous ne pensez pas devenir un de ces anciens fumeurs ?

Qui ne sera pas tolérant ?

Oui

Ha si j'espère devenir un ancien fumeur mais j'essaierai d'être tolérante parce que parce que déjà c'est dans ma nature donc ou alors il faudrait vraiment que je change, ma psy me fait changer en disant soyez plus tolérante et vous vous aurez eu envie d'exploser en lui pétant la gueule, non c'était de l'humour voilà. C'était de l'humour, c'est tout un voilà.

On parlait de cette image du fumeur dans la société comme un pestiféré

Aujourd'hui oui

Vous qu'est-ce que ça représente pour vous d'être fumeur aujourd'hui ?

Alors sentir la clope déjà, ça ça commence à me gaver. Qu'est-ce que ça représente ? ... ben ouais aujourd'hui ça représente les cons qui sont dehors dans une soirée sur un bout de trottoir en train de fumer. Ça représente ça. Le mec qui est chez lui qui est obligé de se mettre sur son balcon pour fumer et encore au Etats-Unis il y a

des quartiers entiers on a pas le droit de fumer c'est encore pire parce que le mec il est obligé de faire 400 kilomètres pour aller fumer, c'est vrai il y a des quartiers entiers, vous le saviez ?

Non

Il y a des immeubles entiers où il est interdit de fumer, il y a des quartiers entiers donc voilà ça aussi cette société qui doit nous dire voilà c'est pas bien pour votre santé mais en plus heu ouais ça représente aujourd'hui quelque part ouais vous êtes un peu délinquant, quoi vous fumez encore ?! et puis en plus on se réunit vous savez vous allez au resto ou vous allez à une soirée et comme on peut plus fumer à l'intérieur vous êtes obligé de vous retrouver comme les les ouais allez je sais pas, ça représente ça

Comme être parquée

Ha oui oui tu es parqué, vas-y là tu pues, on va te parquer, ouais va un peu plus loin. C'est ça, ça représente ça pour moi. Tu vois au boulot là on est tous sur notre balcon. On est tous heu on sort sur notre balcon, des fois on y va tout seul et des fois on se téléphone parce qu'on a pas envie d'être tout seul, voilà c'est ça, cet hiver il a fallu se peler quoi, c'est déjà ça représente ça, je me dis j'aime pas bien, je suis déjà grande, j'ai une voix qui porte, je passe pas inaperçu donc si en plus il faut que voilà. Et puis ça représente une perte de temps parce que quand j'étais dans mon bureau et que je fumais pendant que je bossais je bossais en même temps je fumais et là je suis obligée de sortir de mon bureau donc heu les 10 minutes que je vais heu les 5 minutes que je vais fumer, en imaginant que je tombe sur un collègue machin ben je me retrouve à discuter comme si j'étais pas au travail, comme si j'étais à une soirée donc je perds mon temps. Voyez tous ces points négatifs.

Oui oui. Et là tout à l'heure vous me parliez de la maison, que ça pue à l'intérieur, je fais le parallèle avec ce que vous disiez aussi, que vous avez fait en sorte de ne pas fumer à l'intérieur jusqu'aux 4 ans de vos enfants. Pourquoi 4 ans et pas après ?

Ca a été une ambiance pesante, ça a été un manque de volonté heu je me suis dit ça a été bête comment j'ai arrêté heu repris les deux fois. Je suis allée à des soirées où voilà vous savez vous avez la cigarette et où vous vous dites allez la cigarette comme ma collègue, ça fait pas de mal une parce que quelque part cette cigarette au-delà des méfaits c'est aussi un petit plaisir cette clope, il y a aussi cet effet là donc vous vous dites vous êtes en soirée à un mariage et puis vous avez votre cousine, à l'époque on pouvait fumer à l'intérieur. T'en prends une ? Alors vous dites non après une ça va pas vous faire de mal donc vous en prenez une la soirée. Le lendemain vous voyez le dimanche vous en prenez deux et puis ces cigarettes que vous vous disiez je vais en prendre une juste pour le plaisir comme vous buvez, un coup pour le plaisir et ben non vous allez en reprendre plusieurs et à la fin vous vous retrouvez à refumer votre paquet ...

Ca se réinstalle vite le fait de refumer le paquet ?

Ouais ! Ha ouais, ha ouais ouais ouais je pense que c'est pour ça quand je vous dis je fais mon truc ici, ça serait bien, une fois que ça a été mis en place, ce serait bien que la personne qui vous appelle je suis pas bien je sens que je vais craquer parce que si elle craque vous allez dire c'est pas grave c'est c'est un truc c'est pas vrai, je suis maintenant je suis sûre de le dire c'est pas vrai alors vous allez en prendre une, en prendre deux et vous allez repartir dans le même style. Moi j'ai jamais fumé plus d'un paquet par jour, je vous dis à part les soirées heu voilà pas plus d'un paquet par jour alors que j'étais avec des copains qui fument deux trois paquets

Mm mm

Et qui fument encore et qui parlent pas de s'arrêter. Après voilà, chacun fait ce qu'il veut mais bon après ce que vous dites est-ce que vous pensez que c'est les autres qui sont responsables. Non, même si je dis que c'est la vie qui m'a menée à ça. C'est moi aussi qui ait géré comme ça, j'aurais pu gérer autrement, aller, courir, j'avais qu'à heu

Pour vous il y avait d'autres possibilités

Oui je pense qu'il y avait d'autres possibilités, c'était tellement plus facile de s'asseoir le cul et prendre une clope que de dire ben tiens je vais mettre mes baskets et aller courir, c'est moins fatigant hein. Ben ! Ou de dire finalement je vais aller voir ma copine et je vais la réveiller du sommeil et lui dire ça va pas, j'ai besoin que tu m'écoutes. C'est tout hein. C'est une facilité, c'est une faiblesse, c'est une faiblesse de caractère y'a pas à dire moi je sais que tout le monde me dit tu es vachement forte non c'est pas vrai c'est une faiblesse de caractère, la preuve, si j'étais si forte j'aurais pas besoin de clopes. Si j'étais si forte je serais pas en séparation où j'ai besoin de voir quelqu'un pour comprendre. On te dit ouah tu te sépares t'as raison ça fait 35 ans.

Concrètement c'est quoi la faiblesse dont vous parlez ? Le fait de devoir avoir besoin de la cigarette ou cette dépendance à n'importe quoi qui pourrait être une faiblesse ?

C'est d'être dépendante à cette cigarette, c'est une faiblesse de de pas. Vous savez aujourd'hui vous m'avez vue pleurer mais pendant des années j'ai pas pleuré, je pleurais pas. C'est cette faiblesse de de pas admettre qu'on est pas parfait, faut tout faire, faut tout gérer. Donc la clope elle vous permet de tout gérer.

Et aujourd'hui à quel point vous vous sentez fumeur ?

A quel point je me sens fumeur ?

Oui

Heu qu'est-ce que vous entendez par là ?

Est-ce que c'est quelque chose qui vous caractérise ? qui est important pour vous ?

Ha non non, ha non me sentir fumeur ? mais je me sens je me sens faible de fumer, c'est faible de fumer aujourd'hui. Avant c'était, quand on était jeune vous aviez heu Jean Dean, disons James Dean ou tous ces machins avec leurs clopes, il y avait Lucky Luke avec sa clope, il y avait tous les Audiard avec leurs clopes pfff aujourd'hui mais une cigarette vous êtes heu voilà je le sens en négatif. Cette cigarette que je vous dis que j'ai pris quand j'étais jeune, en voulant avoir une contenance, aujourd'hui c'est le contraire. Cette cigarette est devenue un refuge justement pour pas montrer mes faiblesses. Avant c'était pour donner une contenance, aujourd'hui ça s'est inversé c'est-à-dire quand je vais pas bien je fume une cigarette. Alors qu'avant que pour aller bien, pour faire mieux et pour me donner voilà. On a inversé le truc quoi.

Alors aujourd'hui la cigarette ça vous aide à ne pas être vous

... La cigarette ça m'aide à ne pas être moi vous avez raison. C'est-à-dire que la cigarette me permet de pas être moi c'est-à-dire de pas dire vraiment ce que je pense au moment, voilà ça me permet de prendre du recul. Avant cette cigarette me permettait d'aller vers les autres et me donner une contenance pour m'insérer dans un groupe. Aujourd'hui cette cigarette quand je vais pas bien je m'isole et ben oui vous avez raison je m'isole de ce groupe c'est ce que je dis, quand je suis avec des gens il y a trucs, au lieu de dire c'est con ce que tu es en train de dire ben je laisse avec ces blagues graveleuses et je me fume une clope vous avez raison, ha ouais c'est bien ça ! Ha ouais j'avais pas

C'est vous qui l'avez dit finalement, il y a eu un basculement, avant ça vous aidait

Oui oui oui

Et maintenant

C'est le contraire c'est vrai. Là je viens de me séparer, je rentre à la maison. Tout le monde me dit il faut sortir machin ben oui quand j'ai envie mais des fois ben oui quand j'ai envie j'y vais mais et puis bon ouais quand vous avez vécu avec vos enfants, votre époux, que votre vie elle était basée comme ça, sur la famille, le boulot. Après il faut repartir à cette, à cette heu un peu comme l'adolescence quoi, c'est-à-dire aller parce si vous avez des amis ils sont en couple aujourd'hui, ils ont autre chose à faire, ils ont leurs petits-enfants, il va bien falloir que je sorte, j'ai pas. Donc effectivement quand je me retrouve que je vais avec des gens de mon âge qui sortent, ça me gave, déjà quand j'étais jeune ça me gavait mais je prenais la clope et je faisais comme eux. Aujourd'hui ça me gave, je prends ma clope et je m'isole. Donc après si je sors pas, je rentre chez moi et je fume. Donc vous avez raison.

Est-ce que vous savez à quel moment ça a basculé de l'un à l'autre ?

Heu ... Il y a 2 ans, 2, 3 ans.

Par rapport à quelque chose en particulier ?

Par rapport à cette histoire de couple qui finalement m'a permis pendant des années d'accepter heu voilà on va pas parler, d'accepter ouais, d'accepter une vie qui peut-être m'allait mais qui où j'aurais bien aimé être un peu plus soutenue. Le basculement il a été à ce moment là oui parce que ben il fallait donner le change, effectivement j'ai pas dit à un moment donné ce qui va pas mais voilà, j'ai pris ma clope. Je me suis isolée. Vous savez la vie, vous êtes, je sais pas quel âge vous avez. C'est indiscret de vous demander ?

J'ai 34 ans

Ouais 34 ans donc vous avez des enfants. La vie, on a notre couple, notre famille et tout et on fait des concessions, des fois on perd ce qu'on est nous. Faut élever nos enfants ben on est, faut être sérieux, on peut pas aller en boîte comme on veut voilà il faut faire des concessions et donc heu voilà, on est pas soi-même. Chaque moment de sa vie est différent. Donc aujourd'hui dans ce moment de ma vie avec la cigarette comme vous dites c'est différent, j'en veux pas de cette cigarette qui qui qui m'isole, où je me mets en retrait. Avant elle me permettait, quand j'étais jeune elle m'a permis de, ben de vaincre cette timidité. Aujourd'hui ben je suis moins timide mais j'ai pas envie de supporter des trucs que j'ai pas envie de supporter. Quand vous êtes en couple il y a plein de truc que vous devez supporter, le beau-frère, le copain de votre femme, les amis de vos enfants, heu vous faites une réunion de famille, le tonton et la tata Jules voilà ils vous gavent mais vous êtes obligé

Et la clope ça vous aidait ?

La clope ça me permettait de heu ha ouais de gérer des trucs où j'avais envie de dire mais putain arrêtez de dire vos conneries, vous êtes pas sortis de votre trou, vous critiquez tout. Avec une gamine ado qui était super

terrible, ha cette gamine , mais je fais quoi moi, je la bouffe pas, je peux pas la pendre par les yeux, c'est une ado, c'est une enfant qui sera très bien adulte. C'est quelqu'un qui est très bien , qui est très sain, qui est capable de donner voilà c'est quelqu'un qui sait se débrouiller, qui a tout compris à la société qui est en train de tourner qui va très bien mais que tout le monde aurait voulu mettre dans un moule. C'est celle qui fume.

Vous dites rentrer dans un moule, pas tant que ça finalement parce que le fumeur c'est un pestiféré

Ha mais elle est pas rentrée dans un moule mais tout le monde voulait la faire rentrer dans un moule. C'est celle qui fume de temps en temps elle fume pas beaucoup. Si elle me dit prends un paquet, le paquet il fait 2 mois ou plus parce que une soirée ben au lieu de prendre une cigarette qu'un copain va donner avec du cannabis ou des conneries, elle va prendre sa clope quoi. Elle a très bien compris comment fonctionnait les addictions par rapport à la clope, par rapport au machin, par rapport aux stups, quand vous l'entendez discuter, elle a très bien compris quand on est en soirée on peut fumer une cigarette et on est pas en soirée on a pas envie. Voilà.

Par rapport à l'arrêt et ce que vous me disiez tout à l'heure, vous avez eu des difficultés pour arrêter à cause des rechutes heu vous avez senti pour canaliser les énergies négatives on va dire en quelque sorte

Ouais

Et vous m'avez parlé de gens qui arrêtent de fumer du jour au lendemain.

Ouais j'ai des collègues qui arrêtent pas de me dire ça, qui ont arrêté du jour au lendemain. C'est une question de volonté. J'ai envie de leur dire, mais oui tu as raison c'est une question de volonté, bien sûr que c'est une question de volonté mais la volonté il te la faut aussi partout. Si vous avez qu'à mettre votre volonté sur l'arrêt du tabac ça va, si la volonté il va falloir la mettre partout. Vous savez c'est comme les enfants on dit que les enfants ils font des progrès, c'est con ce que je je mais heu, par rapport à la volonté je veux dire. C'est-à-dire qu'à un moment donné heu quand ils marchent, quand ils apprennent à parler ils peuvent pas parler bien vous savez les parents sont toujours en train de comparer : qu'est-ce qu'il parle bien le tien houlala vous savez ces comparaisons, il y en a ils vont monter sur la chaise ils vont aller chercher le truc, ils sont intelligents ils ont compris qu'il leur fallait une chaise et heu effectivement il se met en danger ben oui peut-être mais bon il y a quand même l'intelligence mais il peut pas on peut pas tout faire à la fois, la volonté d'arrêter de fumer c'est pareil, vous pouvez pas avoir la volonté d'arrêter de fumer. Vous êtes un fumeur, vous êtes un pestiféré, vous êtes vous avez l'addiction à la clope, vous êtes un drogué d'une drogue autorisée par l'Etat, je dis tout ça mais. Et heu parce que c'est vrai hein, j'ai jamais touché au cannabis de ma vie. Pourquoi ? Parce que c'est interdit par la loi, ça a toujours été, dans ma tête c'est comme ça. C'est ce que je disais, mes filles elles me disaient c'est pas plus dangereux que la clope, l'alcool, je disais peu importe c'est interdit par la loi. Point terminé, point terminé. Après je suis d'accord avec toi, après c'est ce que je leur ai dit, je pense que tu as pas besoin et de la drogue et de l'alcool et de la clope pour voilà parce que c'est à l'adolescence qu'on commence tous ces trucs là, c'est pas adulte. Quelqu'un qui n'a jamais fumé enfant ne fumera jamais adulte. A 40 ans vous trouverez pas de fumeur c'est pas vrai. Et donc pour dire par rapport à la volonté. Cette volonté vous pouvez pas faire un progrès d'un côté et apprendre à parler, apprendre à marcher, voilà et là la volonté c'est pareil. Dans votre vie vous dites il faut avoir la volonté de de d'arrêter la cigarette mais quand vous avez à gérer des parents qui qui, c'est là où j'ai fumé le plus, qui ont perdu leur fils dans des conditions comme ils les ont perdus et qui ont tout géré, la société, le regard et le machin et qu'il y a une personne autour de vous. Vous vous retournez et vous vous dites il y a une personne ! La volonté vous faites quoi. Vous arrêtez de fumer effectivement vous ou alors la volonté vous assumez, vous assumez vous assumez et voilà et vous assumez. Pour ça on peut pas, personne peut me reprocher professionnellement que ce soit professionnellement ou ou ou dans la vie familiale ou tout de pas avoir répondu présente et avoir la volonté pour plein de trucs. Par contre pour la clope je l'ai pas. ... Il faudrait que je me libère de tout le reste.

Oui c'est un contexte dont vous auriez besoin finalement, c'est d'avoir cette volonté et en même temps qu'elle ne soit pas parasitée par des choses extérieures qui viennent faire en sorte que

Voilà

Et même ce que vous disiez d'être toute seule finalement, avoir du soutien c'est une aide pour arrêter de fumer ?

Avoir du soutien, pas pour arrêter de fumer, avoir avoir du soutien dans les épreuves de la vie.

D'accord, pour gérer les à-côtés.

Pas pour gérer parce que je peux gérer mais pour le fait de heu ouais ils gens ils s'inquiètent de vous quoi, que vous êtes pas rien quoi, que vous êtes pas seul parce que vous, disons moi je pense qu'effectivement on est toujours seuls, même si vous êtes en couple, même un couple, même si votre couple va bien et tout heu en tout cas moi j'ai l'impression que j'étais seule. Même si les gens étaient prêts de moi, je les ai pas sentis heu j'ai

pas senti, moi j'ai une amie qui est décédée d'un cancer et heu voilà je l'appelais, je l'appelais souvent et et je savais pas quoi lui dire parce que vous savez vous savez c'est comme les gens qui disent je sais pas quoi te dire. Putain dis rien sois déjà là c'est déjà pas mal. Ben voilà. Moi quand mon frère est décédé, j'ai une tante après elle me disait je savais pas quoi leur dire c'était difficile. Pourquoi, c'était pas difficile pour moi ? J'arrivais du boulot où j'avais rigolé, je prenais le téléphone j'avais des gens effondrés au téléphone, fallait bien que je le fasse. C'est ça que je veux dire, c'est c'est, c'est pas que le fait que les gens gèrent ce que vous avez à gérer, vous le gérerez c'est le fait que ils se soucient ben de vous quoi et qu'ils viennent pas que quand ça va bien quoi. Vous savez moi j'ai l'habitude de dire, je suis pied noir, et heu j'ai dans la famille vous savez il y a pas que la fête dans la vie. Vous savez se retrouver faire la fête c'est très bien. Il y a des moments ben il y a aussi les épreuves de la vie où vous avez besoin de, quand vous vous séparez, quand vous avez un décès, quand vous avez votre frère malade. Moi j'ai un ami qui est parti en 8 mois d'un cancer généralisé du heu du cerveau et et dès que j'ai su, il habitait Lyon et ben toutes les semaines j'étais à Lyon quoi. Voilà et quand il est décédé, ma copine m'a appelée et j'étais en vacances ma mère les connaissait pas trop, j'ai dit écoute maman, écoute c'est les vacances parce que elle m'a dit heu qu'est-ce que ça va changer. J'ai dit rien sauf que j'y serai, parce que j'ai besoin d'y être. Voilà et c'est ça que vous dites. Et vous vous dites, vous avez, moi dans ma vie j'ai, j'ai pas je dis pas ben voilà dans ma vie personnelle moi j'ai une soeur qui est handicapée, mon papa est décédé et mon frère. Ma famille est pied noir, on est dispersés les uns et les autres et du côté de mon ex ben il y a une famille mais ils habitent tous à côté les uns des autres mais ils se voient une fois par an et encore. Vous comprenez ? moi j'ai perdu mon père et ma belle-soeur le lendemain ils devaient partir en congés, ils ont pas écourté un jour de congé quoi en disant tu comprends quoi ben écoute c'est difficile. Je me dis ben putain et après on dit ça c'est une famille donc vous vous retrouvez toute seule avec votre clope. ... Alors je sais pas, je pense je dis un peu trop de choses mais ...

Pourquoi vous pensez ça ?

Je sais pas, parce que je me dis j'ai l'impression de me, de me dévoiler un peu mais je pense qu'il faut que je l'explique tout ça pour qu'on comprenne. Après peut-être je me pose trop de questions hein. Sûrement.

Ben si vous faites les liens par rapport à votre consommation c'est vrai, ça a un sens pour vous, c'est ça qui est important aussi

Ben je fais les liens comme ça, après je me dis heu le lien je le fais avec ça en me disant heu je fais le lien comme ça heu et donc ça me permet de me dire que je suis faible. Et cette faiblesse j'en veux plus. D'un côté je suis forte, d'un autre côté je suis faible. Donc heu c'est en contradiction peut-être mais en tout cas c'est vrai parce que je devrais pas avoir besoin de la clope pour gérer ça. J'arrive à le gérer donc pourquoi je prends la clope. J'arrive à le gérer, tout j'arrive à le gérer.

Mm mm

Peut-être la seule chose que j'arrive pas à gérer c'est de heu ben peut-être de vivre avec quelqu'un avec qui ça se passait bien mais qui effectivement une famille qui était pas présente quoi. Et une société quand je la vois comme elle évolue. On est très dans la morale dans notre société actuellement. On a beaucoup penché dans la morale. Et alors après peut-être qu'il faut j'en sais rien. Vous savez je suis des jeunes de 68 je suis pas une 68arde, en 68 j'avais 10 ans mais heu on autorisait tout. Alors entre tout autoriser et tout interdire il y a un juste milieu. J'ai l'impression cette société aussi telle qu'elle a tournée me va pas. C'est-à-dire qu'avant on laissait tout faire, aujourd'hui on interdit tout. On est tous, on est dans le jugement c'est c'est comme les cigarettes quoi. Maintenant on est des pestiférés. Alors je suis d'accord on est des pestiférés effectivement mais c'est que nous que ça engage quoi. C'est nous qu'on met. Mais je me dis qu'un jour on arrivera même à dire que les gens ils savaient qu'ils avaient pas le droit de fumer donc si ils sont malades tant pis pour eux, qu'ils crèvent dans leur coin on les soigne pas. On en arrivera là. ...

Vous êtes assez pessimiste

Ha ouais! mais oui oui oui par rapport à la société actuellement. Ha ouais ouais ouais tout à fait. Je suis très pessimiste des discours que j'entends. Je me dis que tout le monde ne peut pas être parfait, on n'est pas né avec une cuillère en argent dans la bouche, d'autres voilà et on est bien obligés de s'entraider et la société telle qu'elle est aujourd'hui je trouve pas qu'on s'entraide quoi. Je trouve pas, je dis oui on se rencontre, on s'est jamais autant parlés qu'on se parle mais par téléphone quoi, vous savez c'est comme le sketch de Gad Elmaleh là, j'écoutais l'autre fois, bisous bisous. On se parle, vous savez tout nous permet d'être en lien et finalement on est pas en lien. Donc cette cigarette m'a peut-être permis aussi de de rester à mon époque à moi. On, peut-être qu'on avait des clopes qui nous donnaient une contenance mais on se parlait vachement plus quoi.

Oui c'était plus un moyen de discuter avec les autres

Ouais c'était un moyen d'échange oui. Je pense qu'à un moment oui quand on était jeunes oui vous saviez on avait pas. Vous savez moi j'ai 55 ans, on avait pas la même liberté que vous avez eue ou que les jeunes ont aujourd'hui. On avait des parents qui, on avait pas que nos parents dans l'éducation, on avait nos voisins, on avait les grands-parents. Aujourd'hui on voit des gamins se mettre en danger, vous les voyez personne intervient. Donc effectivement cette cigarette me permet et de m'isoler des autres et de m'isoler de après je suis peut-être pessimiste. Oui je suis pessimiste mais je crois en la vie.

Est-ce que vous pensez que les conditions de vie des gens en général ça peut jouer sur le fait de fumer ou d'arrêter de fumer?

Non je pense pas. Je pense que les gens qui sont plus dans la galère fument plus, comme ceux qui sont plus dans la galère boivent plus. En tout cas, même si ils fument plus et boivent plus que ceux qui sont dans la galère ils sont vite eux mis en échec par notre société. Parce qu'ils sont vite dans le besoin, c'est-à-dire que ce sera un cercle vicieux vous savez, parce qu'ils seront vite mis en échec, vite rattrapés alors que quelqu'un qui a plus d'argent bon il arrivera mieux à gérer.

Oui

Voilà mais après je suis persuadé que il s'est jamais autant consommé de de de produits stupéfiants bon sans parler du cannabis hein dans les trucs dans la haute société hein. C'est pas les pauvres qui se payent la dose d'héro. C'est bien les riches. Et par contre effectivement dans leur société à eux ça les met plus vite en échec. Vous voyez on parlait de l'argent. Quand vous avez dit l'argent vous voyez moi j'ai calculé je vous ai dit un voyage eux ben ça fait, ça paye la bouffe des gamins quoi.

Mm mm

Comme dit ma collègue quand elle raconte que son mari disait au gars mais vous pouvez pas dépasser mon petit découvert? Ben vous avez qu'à arrêter de fumer, vous pourriez nourrir vos gamins. Ben voilà t'es bien gentil mais j'ai dit bon c'est bien ton mari il a dit ça mais de quel droit il se permet de porter un jugement quoi ce mec, ouais il devrait peut-être arrêter de fumer mais ... effectivement bon. Vous comprenez ce que je vous dis?

Oui oui je comprends

Voilà donc je pense pas que ce soit une question de société ou je pense que c'est une question de personnes qui vont bien ou. Par contre je suis persuadée que les gens qui vont bien ou qui sont bien dans leurs baskets n'ont pas besoin, ni de cigarette ni de quoi que ce soit. Beaucoup moins que les autres. ...

Et heu par rapport à l'arrêt, qu'est-ce que vous pensez des traitements ?

Des traitements, alors je sais pas j'en ai jamais pris. C'est les patchs dont vous me parlez ?

Par exemple

Ouais, j'en ai jamais pris, j'en ai jamais pris à part ou je me mettais des petits trucs partout

Des aiguilles

Ouais des aiguilles bon, faut y croire. J'ai jamais pris de traitement.

Et vous en pensez quoi?

Ben j'en sais rien mais bon c'est ce que je disais j'en parlais à mon médecin qui me suit, par contre s'ils vous donnent des traitements pour l'arrêt de cigarette parce que attention parce que elle m'a donné un traitement pour dormir et tout donc heu et pour évacuer ces angoisses que la cigarette arrive plus à apaiser.

Oui donc il pourrait éventuellement avoir un lien d'après ce que votre médecin vous a dit entre les patchs et

Ben non elle m'a dit voyez voyez avec eux si ça se contredit pas, qu'on ne soit pas deux médecins d'un côté parce que je lui ai dit, qu'on ne soit pas deux médecins à faire un truc, voilà soyez honnête voilà. Plutôt que d'arriver et dire voilà la clope il y a que ça non non, avec la clope j'ai aussi une séparation qui se passe mal et une dépression qui est importante.

Mm mm

Enfin importante, qui me gêne la vie.

Est-ce que vous en connaissez d'autres des traitements pour arrêter de fumer ?

Non. Je vous dis, la seule chose pour arrêter de fumer quand j'étais enceinte de mes filles où j'étais super bien.

Où putain c'était super les deux et puis la deuxième j'ai repris elle avait 5 ans et ça quand j'ai repris c'était au décès de mon frère. Voilà

A quel moment vous avez senti que vous étiez dépendante ?

Pfff ça fait des années. Ça fait des années que je me sens dépendante de la clope mais beaucoup plus maintenant. Beaucoup plus maintenant parce que maintenant j'ai peut-être. Pourquoi maintenant parce que je pense que j'ai envie d'une nouvelle vie et il faut que je la fasse sans la clope. Parce que peut-être je vais avoir des petits enfants et je veux pas pourrir mon temps à fumer des clopes vous comprenez voilà.

Ca vous empêcherait de pouvoir profiter de vos petits-enfants si vous continuez de fumer ? Vous n'aurez pas le même

Ouais j'ai envie, j'ai envie que cette clope je la lâche. Je veux la lâcher parce que j'ai plein de trucs. Si je mets bout à bout les 5 minutes de clopes multipliés, sans parler de l'argent, on va mettre 5 minutes, allez 5 minutes pour fumer une clope multipliés par 10 ça fait heu 50 minutes, multipliées par 10 si on fait 20 ça fait 5 et 5 10, ça fait plus d'une heure, ça fait 2 heures de perdues en train de fumer sur mon balcon. Parce que avant fumer tu pouvais faire plein de trucs en même temps, taper à la machine, aujourd'hui je suis obligée d'aller sur mon balcon là. Putain je vais dire à mon patron vous vous rendez compte je perds 2 heures de travail. C'est vrai.

Chez vous, est-ce que vous vous êtes mis des contraintes ?

Non, pas actuellement. Non mais ça par contre je m'y suis jamais mise, ça je le fais pas. Je me dis on m'oblige déjà à aller dehors. Je suis déjà une pestiférée au boulot je vais pas être une pestiférée chez moi, c'est bon si en plus chez moi il faut que je sois une pestiférée, heu comment faire je suis une délinquante vous comprenez ce que je veux dire donc il faut que je l'arrête cette clope. Faut que je l'arrête puisqu'on nous cantonne là sur le trottoir si en plus, vous vous rendez compte si en plus j'arrive chez moi où je devrais être dans l'endroit où je suis protégée et qui est mon cocon. Si en plus on me dit. Je me rappelle quand j'étais avec mon conjoint qui lui ne fumait plus heu ben ouais il me disait tu peux aller fumer dehors. J'ai ma fille aînée qui a ramené son copain fume. Quand il vient à la maison il fume dehors parce que fumer dedans ma fille me dit non attends, il dit ben non et chaque fois elle disait tu pourrais en faire autant ben faut être poli je l'obligeais pas. Et maintenant je vis seule donc encore plus j'ai pas besoin de me mettre des contraintes.

Et le fait que votre ex arrête de fumer, ça vous avait pas donné envie d'arrêter ?

Si oui pfff oui bon non ça c'est autre chose c'est un autre discours. J'y entrerais pas

D'accord.

Bon il est parfait, c'est monsieur parfait ... Il a décidé de fumer c'est le contraire. Mon frère est décédé, il s'est juré grand dieu comme il est décédé nanana à sa première date d'anniversaire heu il fumerait plus sachant que mon frère est décédé un 31 décembre, qu'il a été assassiné. Et à partir de ce moment là il a décidé qu'il fumerait plus mais il a décidé aussi qu'on ne ferait plus le réveillon donc heu et puis voilà. La vie a été dure, que voilà on est restés ... C'est là que je vous dis les gens sont pas ... Il est parti quand ... Je lui disais je lui disais tu te rends compte c'est toi qui a décidé ça parce qu'il y a plein de trucs c'est lui qui a décidé, aujourd'hui t'es en train de me dire ben change, c'est comme le réveillon, jamais je t'ai demandé. Il m'a dit de toute façon ça m'a toujours fait chier le réveillon. Donc il aurait mieux faire de me dire écoute les réveillons me font chier je veux pas y aller que se cacher derrière ça et nous empêcher à nous de faire la fête le soir du réveillon qui est toujours une année nouvelle. C'est-à-dire on reste sur un anniversaire d'un truc qui d'une personne qui vous est chère et tous les ans on rereste sur cet anniversaire comme si l'année suivante ne va pas revivre. Donc voilà ça m'a pas permis donc non ça m'a pas permis quoi, il a pas dit viens on essaye d'arrêter tous les deux donc heu lui il a arrêté de fumer il a arrêté de fumer point.

Oui donc heu vous avez réagi différemment à cet événement

Oui oui. Oui j'aurais voulu, oui j'ai, j'aurais voulu réagir autrement à cet événement mais on m'a bien laissé réagir en voilà. En disant voilà le malheur des autres, bien sûr, le malheur des autres c'est pas facile mais bon la vie continue. Donc heu vous avez des enfants, vous avez d'autres personnes, vous avez votre vie, vous pouvez pas rester bloqué sur des trucs, alors c'est ça que je veux dire. Le manque de soutien c'est pas que les gens viennent pleurer avec vous, loin de là, que les gens ils viennent en disant (Tape sur la table), ho ho on va au cinéma, ho ho on va faire la fête, parce que la vie elle continue, que heu vous aurez beau pleurer tous les gens que, voilà, la vie. Moi ma fille quand elle a fait sa crise d'ado ben j'avais pas besoin de m'entendre dire plein de trucs, heu vous comprenez heu elle est terrible heu non putain c'est ça elle est terrible j'avais envie de prendre la tête. Tiens laisse moi ta fille une semaine et pas m'entendre dire cette gamine elle rentre pas dans le moule. Elle rentre pas dans le moule bien sûr après faites la bilanter ben oui. Maintenant elle a 150, on fait quoi là ? On fait quoi là, il y a rien on fait quoi. Sinon des gens qui viennent vous dire, qui sont tout le temps en train de et qui sont pas là quand vous avez besoin d'eux, c'est-à-dire le fait de vous dire ben écoute heu ouais que des remarques, que ta gamine va pas bien ben la première chose qu'on lui dit c'est si ton grand-père au ciel il te voit il doit pas être très content. La gamine va encore moins bien parce que vous vous rendez compte, c'est ce que je disais à son père tu te rends compte là. Donc là j'avais besoin de mes clopes quoi parce que si je prenais pas mes clopes et ben celle qui disait ça je l'envoyais chier. Et le couple a éclaté en 1000 morceaux. Et comme je disais c'est inadmissible d'entendre des trucs comme ça. Déjà t'es terrible, tous ceux qui sont autour de toi ils te disent que t'es terrible en plus te te rends compte tu dis à la gamine qu'à même pas 10 ans que ton grand-père au ciel qui vient de partir, ha ouais qu'est-ce qu'il doit penser de toi. Et là, là ma clope je la prenais

là. C'est pas une que je prenais, c'est deux. Une derrière l'autre parce que on est en famille et qu'au milieu du repas familial vous allez pas dire mais tu es une grosse conne! Rappelle moi ton âge. Je suis méchante hein!

Vous interprétez les choses comme vous les avez vécues

C'est-à-dire je suis pas une méchante puisque je l'ai pas dit. Je l'ai pas dit

Mm mm

Maiss j'aurais dû mais pas le dire comme ça. Avec du recul je me dis que j'aurais dû le dire comme ça. Avec du recul au lieu de prendre deux cigarettes, j'aurais dû dire à la personne que j'avais en face de moi écoutez je suis désolé mais votre remarque là elle est mal placée, vous la prenez pour vous moi je trouve que c'est pas le moment, ça fait pas une semaine qu'elle a enterré son grand-père. Effectivement elle est terrible, c'est une enfant qui est terrible mais tout le monde le sait. Mais vous savez, les enfants qui sont sages et qui bougent pas, moi j'ai une soeur handicapée, comme disait mon père, les handicapés ils bougent pas beaucoup quoi. Vous comprenez heu, les enfants sages voilà il faut aller chercher derrière pourquoi ils sont sages, trop sages. Après c'était du style elle est hyperactive mais non elle est pas hyperactive c'est sûr que oui oui oui heu effectivement toute petite, le jouet qui était en haut ou la confiture ben elle réfléchissait et disait pas maman vient la chercher. Elle prenait sa petite chaise, on arrivait et il y a tout ça. Et ces clopes m'ont permis de de supporter ça, de supporter ça plus le boulot, je parle du boulot. Pourquoi je parle plus de la famille, parce qu'effectivement je suis en plein période de séparation et effectivement je me suis rendue compte que cette clope il faut que je la lâche parce que, parce que si je garde pas cette clope je vais, voilà il va falloir que je redevienne moi. Disons que cette clope me permet pas de supporter encore les remarques des gens sans rien dire.

Mm mm Effectivement ça s'inscrit dans ce que vous disiez tout à l'heure, dans une démarche globale, générale de changement

Oui global

Cette envie d'être vous

D'être moi

Que vous avez aujourd'hui

Ouais c'est ça. Bon ça a été long.

Par rapport au tabac, est-ce qu'il y a encore d'autres choses que l'on aurait pas encore abordées

Non mais c'est fou vous m'avez demandé de parlé, j'ai parlé, je vois que vous avez plein de petits points qu'on a pas faits là

C'est des sujets qu'on a abordés

**** *REF_E_05 *SEXE_M *PRECAIRE_OUI *CSP_SANS *AIDE_OUI

Heu moi ça fait j'ai commencé à fumer quand j'avais 15 ans. C'était au lycée, c'est arrivé pile poil quand je suis arrivé au lycée heu pour faire comme les copains et depuis ben je j'ai essayé d'arrêter à plusieurs reprises mais puis aujourd'hui je fume toujours autant que voire plus qu'avant.

D'accord

Ouais ça me permet de heu en en général c'est maintenant c'est plus pour éviter d'être trop énervé, des fois ça me sert d'anti-stress heu ouais d'anti-stress et plus ce besoin de fumer que du plaisir quoi.

Vous sentez aujourd'hui plus un besoin qu'un plaisir.

Voilà, ha oui parce que la première chose que je fais au réveil heu c'est c'est la cigarette avec le café. C'est celle-ci que j'arrive pas à me. Encore des fois si quand je bricole, que je suis concentré dans d'autres tâches je peux passer 2, 3 heures sans fumer mais celle du matin au réveil elle est nécessaire pour le lancement de la journée.

Pourquoi elle est nécessaire ? Parce que vous me parliez pour l'énervement

Et ben parce que après il y a aussi ce besoin de nicotine au réveil sinon je suis dans le, un peu plus dans le gaz et heu ouais et c'est aussi le réflexe du réveil heu la cigarette au réveil quoi.

Donc il y a à la fois pour sortir du gaz le matin

Ouais

Et en même temps le réflexe

Ouais

Il y a les deux.

Ouais parce que heu ou c'est vraiment très très très rare quand heu j'attends 1 heure ou 2 avant de fumer ma cigarette.

Oui, et dans quelles circonstances ça peut arriver ?

Si je suis malade (Rires). Si je suis vraiment bien malade et que je peux pas heu, je peux pas fumer ou alors le lendemain de fête parce que j'ai la gorge trop en feu.

Parce que vous avez trop fumé la veille ?

Ouais, c'est ça. Donc voilà c'est pour ça.

Mm mm donc dès le matin. Et sinon qu'est-ce qui vous dérange en fait parce que vous avez essayé d'arrêter ?

En fait j'ai essayé d'arrêter heu pour plusieurs raisons, pour le côté, il y a bien le côté économique. C'est vrai que quand on calcule ce qu'on fume par mois, ça fait un beau petit chiffre. Quand on rapporte à l'année ben c'est pas mal. Si on se disait qu'on fumait pas tout ça, on pourrait faire d'autres projets. Puis aussi pour la santé heu j'avais essayé par un centre heu pour l'arrêt du tabac mais c'est pareil ça avait pas fonctionné. Je suis épileptique depuis 2 ans donc c'est ça qui m'avait fait, je m'étais dit si je peux arrêter, ça permettrait par rapport aux traitements et la maladie, de limiter les problèmes de crise et tout quoi.

Il y a un lien qui existe entre l'épilepsie et le tabac ?

Je ne sais pas si ça a été prouvé mais effectivement c'est ce que disent les médecins. Si on fume moins c'est mieux pour la maladie quoi. Est-ce qu'il y a vraiment un lien je sais pas.

Vous l'avez ressenti vous ?

Bof, vu que j'ai arrêté à peine sur 3 mois j'ai pas vraiment eu le temps de ressentir quelque chose quoi. Effectivement il y a eu des bons effets quoi. Il y avait plus ce côté pâteux de la bouche, il y avait plus la dépendance mais heu après est-ce qu'il y avait ce côté bénéfique, j'ai pas eu le temps de le ressentir sur les 3 mois.

Il faudrait combien de temps en fait entre l'arrêt et avoir vraiment des effets positifs ?

Ben si on les écoute, au bout de 6, 7 mois c'est bon.

Ouais.

Après je suis pas médecin je peux pas savoir.

Oui mais au niveau du ressenti pour vous ce serait un petit peu plus long parce que vous disiez 3 mois c'est pas suffisant.

Ouais ouais 3 mois c'est pas suffisant. Le plus dur c'est d'enlever le geste, la gestuelle et la tentation quand on voit d'autres gens qui fument quoi.

Ca c'est ce qui est difficile pour vous et qui a fait que heu l'arrêt a loupé

Oui, j'étais dans un entourage de fumeurs aussi et heu c'était pas et puis l'odeur aussi. L'odeur du tabac qui est toujours un appel à la tentation quoi. Et puis je travaillais à cette époque là dans un secteur où ça fumait pas mal aussi quoi.

C'était quoi comme secteur ?

Je travaillais à l'arsenal de Lorient et heu comme les gars étaient souvent en pause c'était souvent quoi.

Ouais

Quand je me retrouvais le seul à pas fumer c'était dur de dire non c'est bon je fume pas je fume pas et puis après un jour je t'en pique une et le lendemain j'achetais un paquet quoi.

D'accord, c'est une période où vous aviez déjà essayé d'arrêter ça ?

Ouais ouais ouais ça c'était ma dernière période où j'avais essayé d'arrêter quoi.

Et le fait d'être avec les autres qui eux fument tous en pause là c'était trop difficile

Ouais c'était trop difficile ouais

Et le fait d'avoir repris vous disiez, le lendemain.

Ha ouais le lendemain, le soir même et le lendemain je fumais quoi parce que cette cigarette que j'ai prise en pause heu c'est le mécanisme heu du manque qui s'était relancé quoi. Puis heu en fin de journée après le travail ça fait du bien, de fumer aussi pour décompresser de la journée de travail quoi.

Oui, apparemment ce côté décompression à la fin de la journée. Vous disiez, ce côté anti-énervement, décompression, pour se poser en fait.

Oui voilà ça permet de (Souffle)

De souffler

Voilà c'est ça. En fait c'est ça.

Et vous avez essayé d'arrêter combien de fois alors ?

Heu donc la dernière fois c'était il y a 1 an, il y avait heu, j'ai bien du essayer 3, 4 fois ouais depuis que j'ai commencé à fumer ouais, 10 ans quasi. Ça fait 10 ans que je fume. Donc heu.

Vous avez essayé, ça a duré combien de temps parce que vous me disiez 3 mois

Ouais c'était ça à chaque fois et heu grand maximum 3 mois. Et déjà si je tenais 1 mois c'était pas mal. Et heu après ouais c'était 3 mois maximum. J'ai jamais réussi à tenir plus longtemps que 3 mois quoi. Malgré que j'avais eu des patches et tout mais les patches je les supportais pas. Il y avait de l'irritation, ça me grattait, je fais des allergies aux patches donc heu j'avais tout à arrêter et j'étais tranquille quoi.

Mm mm donc c'est pas une bonne expérience les patches.

Ha non non non les patches je trouve que c'est de la connerie et puis pour le prix que ça coûtait ça avait pas bien fonctionné.

Ca coûte cher les patches ?

Ha ben moi j'étais à 50 euros quoi pour la dose la plus forte.

50 euros la boîte ?

Ouais la boîte ouais pour faire le mois quoi, même pas le mois, ça faisait même pas un mois quoi. C'est vrai qu'en comparaison avec la consommation de tabac, sur le mois ça faisait pas trop cher mais bon après si c'est pas efficace ça fait un peu cher.

Mm mm. Quand vous dites c'est pas efficace, c'est que vous n'avez pas du tout ressenti heu que ça fonctionnait ?

Pas du tout parce qu'une fois quand je travaillais heu avant j'étais dans le secteur agricole et heu j'avais mon patch plus des petits bouts de gommes à mâchouiller et j'étais encore en train de fumer quoi. Là on m'a dit mais t'es costaud toi. Pourquoi ? On me dit t'as pas tes patches et tout ? Ha je dis ouais. T'es en train de t'en rouler une. Ouais putain merde. C'était pour vous dire, c'était arrivé à un état d'inconscience parce que je roulais ma cigarette par inconscience, c'était du machinisme qui s'était lancé et heu je roulais et je fumais ma clope comme ça. Donc heu

Ce que vous disiez, c'est quelque chose de mécanique, le poids de l'habitude.

Oui oui voilà c'est ça

Malgré le fait de prendre patches et des gommes

C'est ça ouais. Bon après c'est vrai ce jour là j'avais un paquet sur moi, je sais pas pourquoi mais j'avais un fond de paquet à rouler sur moi donc heu

Oui c'est bizarre d'avoir un

Oui oui oui c'est vrai que ce jour là et en même temps je me disais qu'est-ce que je branle avec un paquet de tabac sur moi donc heu.

Mm mm. Parce que c'était un vieux fond de paquet dans la poche heu que j'avais gardé comme ça ou cas où vraiment. Donc heu je pourrais pas dire pourquoi ce jour là j'avais le paquet plus les patches sur moi.

Mm mm. Et les fois où vous avez essayé, par rapport aux rechutes, c'est principalement l'odeur du tabac

L'odeur du tabac

Le fait de voir les autres, et ça a été ça les motifs de rechute à chaque fois ?

Ouais ouais c'est ça

Un entourage fumeur c'est vraiment ça qui

C'est vraiment l'entourage qui m'a fait reprendre ouais. Bon il y a bien une fois où c'était parce que j'étais arrivé dans un état de manque et d'énervement que j'avais que ça qui arrivait à me calmer au niveau des nerfs et du comportement quoi.

Ouais

Parce que c'est vrai je devenais exécrable et heu et donc c'est pour ça que j'avais repris parce que là.

C'était au niveau de votre entourage alors vous étiez devenu trop énervé par rapport à tout le monde

Ouais c'est ça ouais ...

C'est des gens qui vous le disaient ou vous vous en rendiez compte ?

Je m'en rendais compte ouais. A la moindre petite chose je m'énervais, je partais en colère et tout. Les gens me le disaient aussi un peu et comme je suis un peu de nature un peu vif, c'est vrai que des fois, là ça avait doublé.

Qu'est-ce que ça vous apporte en fait, ça vous aide à vous relâcher, à vous canaliser un peu. C'est sur le moment la cigarette ou c'est l'accumulation des cigarettes au cours de la journée en commençant le matin ?

Ou c'est une cigarette qui a un effet immédiat tout de suite ?

Heu ça peut être les deux, c'est vraiment des fois quand je suis bien énervé bien en colère parce qu'il y a un truc que j'arrive pas à faire ou on m'a énervé heu la cigarette sur le moment peut me permettre de heu de me détendre, l'accumulation des cigarettes peut me permettre de d'être moins énervé quoi. Moins énervé, moins stressé.

Et ça vous le ressentez facilement en fait. Vous êtes plus calme.

Ha ouais c'est vrai des fois si je peux pas fumer pendant 3 heures je vais sentir. Ça peut même y jouer sur la concentration quoi. Il y avait cet état de manque et j'arrivais pas à me concentrer sur ce que je faisais et heu donc dès que je me remettais à fumer ça me permettait moi aussi de me faire une pause et quand je me remettais à bricoler ça, les solutions venaient plus facilement quoi.

Ouais.

C'est une impression aussi, je sais pas si.

C'est votre ressenti. Est-ce que vous vous concentrez mieux en fumant ou moins bien quand vous fumez pas ?

Vous voyez ce que je veux dire ?

Oui oui ben je pense que forcément les deux sont un peu liés du fait que je fumais pas sur la fin j'arrivais pas à me concentrer. C'est vrai qu'en même temps quand je fume et que je fais les choses ça va, pour moi ça avance plus vite quoi.

D'accord, vous êtes plus efficace quand, avec la cigarette.

Ouais quand je bosse sur la moto et que je suis 2, 3 heures à pas trouver la solution et que je m'énervais vite parce que j'arrive pas à trouver la solution donc je pars en fumer une et quand je reviens c'est vrai que je regarde à nouveau, je trouve en 10 minutes quoi. Donc voilà.

Et aujourd'hui finalement qu'est-ce qui vous pousse à faire une tentative en ayant ces côtes

Ben en fait c'est plus en soutien par rapport à ma femme parce qu'elle arrête de fumer aussi pour des raisons médicales et heu je me dis que si je continue à fumer alors qu'elle elle s'arrête alors je vais forcément tenter le diable quoi. En fait on avait déjà fait l'expérience heu comme ça mais quand elle me voyait fumer et elle voyait toujours qu'il y avait des cigarettes à côté à portée de main ben elle était tentée de reprendre une cigarette et au final elle a jamais arrêté. Donc je me dis que si elle arrête il faut que j'arrête pour être sûr qu'on soit pas tenté de reprendre et puis comme ça d'être. Quand on est deux je pense que c'est plus facile que seul aussi quoi.

Oui

On peut se soutenir plus facilement en se disant tu prends pas de clope et puis voilà quoi. Alors que si on est tout seul, il y a personne pour nous dire stop quoi. C'est ça le.

Vous avez besoin de quelqu'un pour vous dire stop ?

Je pense que ça aide à arrêter plus facilement quoi. Quand on est deux que, c'est comme tout dans la vie, quand on est deux c'est plus facile que quand on est tout seul. Quand on veut arrêter quelque chose à deux c'est toujours plus facile parce qu'il y a un soutien mutuel et encouragement mutuel aussi quoi. Donc heu on se dit ça y est aujourd'hui on a rien fumé c'est cool, à la fin de la semaine on va se dire on a économisé heu on a économisé 40 euros de tabac c'est pas mal quoi et comme ça on peut se dire si on arrête tous les deux, on a gagné tant d'argent pour se faire un voyage quelque part quoi.

Du coup vous arrivez à planifier, en fait vous savez qu'à la fin de la semaine vous avez économisé tant

Quand on connaît notre consommation on calcule quand on connaît notre consommation de tabac heu effectivement ça cogite plus vite et on peut se dire ben tiens cette semaine j'ai économisé ben en moyenne quand on fume, on fume un peu plus de roulées mais en moyenne en semaine on doit fumer quasi 50 euros de tabac quoi.

D'accord

Donc quand on multiplie par 4 et par 12 c'est vite calculé donc heu ça fait quand même du 200 euros par mois d'économisés multipliés à l'année ça fait du, un peu plus de 300 euros parce qu'il y a les weekends ça fait un peu plus de 300 euros de tabac donc après. C'est pas mal déjà avec 300 euros on peut se permettre des trucs qu'on peut plus qu'on peut pas forcément quand on fume.

Oui c'est sûr.

Ou mettre de côté pour un voyage plus tard.

Oui c'est choses que vous envisagez.

Oui oui

Ce que vous pouvez en faire.

Oui c'est ça. Aujourd'hui avec l'argent on est obligés, c'est un peu plus rare. Quand on fait des économies on peut se permettre de faire plus de choses que quand on n'a pas d'argent.

Et là vous disiez que vous fumez des roulées actuellement c'est

Economiquement c'est plus rentable, un paquet il va me faire. Mon paquet il me coûte 11 euros, je vais faire 3 jours. Avec un paquet de blondes c'est 6,50, il me fait tout juste la journée donc en gros je fous 13, 10 euros en blondes par jour alors qu'en paquet roulé je mets la même somme mais ça me fait 3 jours quoi. C'est pareil après c'est réfléchi par rapport à ça.

Oui vous avez fait votre calcul

Ouais et heu quand on fume des roulées on est moins tenté de fumer de les enchaîner quoi.

Oui

C'est pareil

Parce que vous fumez différemment enfin comment ça se passe ?

Ben les blondes je pourrais en fumer 2 d'affilée quoi alors qu'une roulée déjà qu'il y a pas le filtre heu c'est pas pareil au niveau du goût du tabac. Si j'en fume 2 d'affilée je sais que ça va me brûler au niveau de la gorge quoi. Puis ça devient même écœurant après, c'est pas les mêmes agents, parce que c'est pas les mêmes produits, c'est pas les mêmes agents dedans de texture donc forcément.

C'est pas le même tabac qui est dans les cigarettes

Non si vous regardez sur les paquets les contenances en produits chimiques, c'est pas les mêmes pourcentages et on est en contact direct avec le tabac, il y a plus ce filtre qui permet déjà de filtrer les toxiques.

D'accord. Et ce qui fait que au final si vous en fumez trop vous allez sentir la gorge qui vous brûle, qui vous mène limite à l'écœurement quoi.

Ha ouais, ouais c'est ça, ça va être limite me dire j'ai mal à la gorge, des remontées gastriques heu donc dans ces cas on se dit le lendemain j'ai un peu trop fumé. Samedi soir on a fait la fête avec les voisins ben le lendemain matin je me suis levé j'avais un mal de gorge pas possible quoi. Je savais que j'avais trop fumé quoi. On a cette sensation de cendrier au fond du palais, c'est pas ce qu'il y a de plus agréable aussi mais bon.

C'est quoi cette sensation ? C'est par rapport à l'odeur ou la bouche pâteuse

C'est l'accumulation du tabac de la veille quoi. Je le vois aussi quand je travaille 2 fois dans l'année dans des festivals de musique ben là ça fume comme des pompiers mais effectivement en fin de festival heu on a vraiment vraiment le palais complètement pourri quoi.

Oui vous le sentez dans la bouche

Oui oui ça c'est sûr. On se réveille avec la gorge en feu et tout. Bon il y a peut-être aussi l'accumulation avec l'alcool c'est à ces moments là mais c'est une accumulation des deux mais effectivement on a des mauvaises, comment dire, un mauvais goût dans la gorge quoi. Puis ça joue sur tout, sur la dentition, on a les dents tâchées, le palais. Moi aussi j'ai remarqué un truc, que quand je fume pas, quand j'avais arrêté de fumer, que l'aliment avait un autre goût. Je ressentais plus le salé ou le poivré ou ce côté-là au niveau des papilles gustatives c'était meilleur quoi. C'est là qu'on dit ha quand même, le tabac ça crame bien des choses quoi.

Oui, ça a plein de conséquences ?

Oui oui je le vois bien ça, je suis essoufflé quand je fais des efforts, il y a des efforts des fois où on le sent quoi on a plus pourtant j'ai que, quand on a 20 ans, 25 ans. Si déjà à 20 ans, 25 ans j'arrive plus à courir heu parce que je suis trop vite essoufflé là tu te dis bon c'est vrai

Ca vous interpelle un peu en fait ?

Ha oui oui je le sais, je suis pas inconscient de tous les risques qu'il y a autour mais après il y a, c'est toujours un problème de motivation. Pour arrêter faut vraiment être motivé, faut être prêt dans sa tête et heu si on est pas prêt qu'on essaye ça marche pas. Je l'ai vu, quand j'ai fait mes essais heu que ça durait chaque fois 1 mois c'est que j'étais pas prêt. Et heu je le faisais parce que je me disais ben tiens je vais gagner de l'argent, faire des économies en ne fumant plus mais bon j'étais pas plus prêt que ça, j'étais, il y avait toujours cette tentation quoi. La fois où j'ai duré 3 mois, quand j'ai essayé et arrêté 3 mois, il y avait un peu plus de motivation je peux dire c'est peut-être en lien avec la maladie. Le fait que je vais arrêter de fumer, que je vais moins fumer, peut-être pour le cerveau et tout ça va être mieux voilà c'est tout après.

Quand vous dites du cerveau ça va être mieux.

Parce que quand il y a plus cette dépendance heu comme les épilepsies viennent de heu c'est une maladie du cerveau heu on nous avait dit quand même à l'hôpital que moins fumer ça aidait, c'est ce que disent les neurologues donc effectivement si je fume plus ben peut-être que j'aurai moins de soucis de santé quoi.

D'accord.

Voilà quoi

Mais sans en être vraiment convaincu, vous vous posez la question

Ouais après c'est ce que nous disent les médecins mais bon effectivement on se dit ouais ouais pourquoi pas, ça peut.

Alors, là, vous me parliez de cette motivation, heu que les fois où vous avez essayé d'arrêter au début c'était plutôt pour des raisons financières, ça c'est pas de la vraie motivation et qu'il faut être plus prêt dans sa tête et vous ce que vous me disiez c'est principalement par rapport à la gestion de la maladie, soit par anticipation pour améliorer par rapport à l'épilepsie, ou pour éviter d'être malade aussi ?

XXX C'est plus en lien, pour améliorer mon quotidien en lien avec la maladie que j'ai.

D'accord.

C'est juste ça. Et aussi en lien avec le fait que ma femme arrête de fumer. On sera deux à arrêter complètement de fumer et et puis voilà ce sera plus simple pour tous les deux.

Oui c'est ce que vous me disiez tout à l'heure le fait d'avoir des gens qui fument autour vous avez vu à quel point c'est dur pour vous.

L'avantage c'est qu'ici avec les voisins on est les seuls fumeurs. On sera pas tentés d'aller voir les voisins pour taxer une clope en cachette et il y aura plus cette tentation de voir le voisin ou le sentir qui fume sa clope quoi. Vous arriviez avant à sentir le voisin qui fume ?

Quand on est fumeur on dégage une odeur. Quand on n'est plus fumeur on sent le tabac à 10 mètres à la ronde, c'est vrai qu'à ce niveau là on les sent sans problème c'est impressionnant comme quoi cette odeur du tabac c'est, on peut la sentir à 10, 15 mètres à la ronde. Quand il y a du vent c'est flagrant. Je sais pas si vous êtes fumeur ou pas mais quand vous vous promenez dans la rue, on les sent les fumeurs. Heu là je suis sûr mon voisin du dessus fumerait quand il est dehors je le sentirais. Ça se sent. Mon voisin quand je suis chez lui à l'entrée et qu'il est dans sa cave 10 mètres plus loin il sait que je suis là parce qu'il sent la cigarette. Quand il sort de sa cave il me dit, il a senti le tabac parce qu'ils sont pas fumeurs, c'est quand même une odeur assez agressive quand même

Et cette odeur c'est quelque chose de positif ou négatif ou neutre à la rigueur ?

Nan c'est plus négatif quand on veut arrêter de fumer parce que heu c'est l'appel du diable. (Sent) Ha tiens il y a un fumeur par là heu c'est plus une tentation de se dire je vais pouvoir lui taxer une cigarette quoi.

Ha oui c'est ce qui vous vient directement à l'esprit

Ha oui

Il y a un fumeur, je peux avoir une cigarette.

Au final, de sentir cette odeur et ben heu je me dis ha tiens je sais qu'il y a quelqu'un dans le coin et on va pouvoir discuter. L'odeur de cigarette va aussi me permettre de m'apaiser donc heu ça va être nickel quoi. Comme ça en discutant il va pouvoir m'en filer une et continuer la conversation quoi.

D'accord, vous planifiez bien

Il faut cogiter à l'avance quoi parce que, c'est comme tout junkie quoi, quand on est dépendant à quelque chose, on ferait tout pour l'avoir. Quelqu'un qui est aux drogues, aux pétards et tout, s'il a rien sur lui il va toujours trouver le moyen d'en trouver une, d'avoir sa dose pour se détendre. Le tabac c'est pareil heu on a plus de cigarettes mais on va toujours trouver le moyen, d'avoir, d'au moins fumer une cigarette dans la journée. On va arrêter quelqu'un dans la rue, on va aller voir un copain, un voisin qui fume.

Oui et là vous employez le mot junkie, c'est fort non ?

Ben en même temps c'est pas pire que les mecs qui prennent de l'héroïne, c'est aussi dangereux et heu on est aussi dépendant de la cigarette que heu qu'un mec qui est dépendant de sa drogue, du pétard heu ou de l'alcoolique du coin. Au final quand on a besoin d'une dose, c'est une drogue qui fait, le tabac c'est une drogue, on a besoin de notre dose, quand on est fumeur on a besoin de notre dose journalière. Jusqu'à être, à fumer inconsciemment. Je me suis vu fumer des fois j'avais pas spécialement besoin de fumer et heu je fumais quand même. Ça m'arrive de fumer alors que j'ai pas spécialement besoin de fumer. Si je fume pas je sais que je vais être dans un mauvais état quoi. Je peux arriver désagréable parce que j'ai pas fumé quoi, parce qu'au niveau de mon cerveau il me faut ma dose quoi.

Alors en fait vous avez plusieurs types de cigarettes : les cigarettes mécaniques, les cigarettes concentration on va dire

Ha ben oui oui c'est ça donc j'ai celle du matin, elle est vraiment indispensable. Celle du réveil le matin elle est vraiment indispensable. Celle quand je bricole qui me permet de vraiment me concentrer, celle qui permet de me détendre heu celle qui oui est inconsciente, qui est vraiment inconsciente quoi, que je fume sans vraiment m'en rendre compte quoi. Heu après ouais c'est vrai quand j'étais en salle de traite pour me détendre pendant le boulot ça me permettait de passer le temps. Je faisais la traite et je fumais ma petite clope en même temps. Après c'est tout ouais après il y a le côté festif aussi un peu dans une soirée entre copains, un petit verre et on fume une petite clope en même temps. Il y a jamais l'un sans l'autre c'est ça qui est marrant il y a jamais l'un sans l'autre.

L'un sans l'autre

Ben en soirée quand on est fumeur on aime bien avoir sa petite cigarette en même temps. Ou le matin quand on est au café on aime bien avoir sa petite cigarette avec.

Que ce soit le café ou l'alcool, ça a tendance à appeler la cigarette.

Ouais moi je sais que après je suis pas toujours avec ma cafetière. Ouais ouais avec le café le matin j'aime bien avoir ma cigarette. Puis le soir quand je bois un verre en soirée avec des copains j'aime bien aussi ma cigarette avec une petite bière, c'est vrai qu'à ce niveau là c'est pas mal. Il y a un truc, un truc où on se force, on ne fume pas dans la maison. On ne fume plus dans la maison.

D'accord, c'est récent ?

Ben c'est depuis qu'on est arrivés ici, depuis septembre, on ne fume plus dans la maison. On a une véranda donc heu au moins dans la maison on a pas ces odeurs de tabac froid incrustées dans les murs. Parce que mine de rien c'est quand même quelque chose d'assez désagréable l'odeur de tabac froid. Quand on se lève le tabac, ça pue, on doit passer du Fébrèze partout pour enlever cette odeur.

Mais même en tant que fumeur vous le sentez le tabac froid ?

Oui le tabac froid ouais ça se sent, ouais c'est désagréable à l'odeur quoi donc heu. On évite, on s'est dit on arrête. Donc heu c'est vrai que mine de rien on habitait dans un 40 mètres carrés et heu pour rat, c'est con mais le rat il était malade, il s'était mis à être malade parce qu'on fumait. Quand on est arrivés ici heu on s'est mis à fumer dehors, là il va mieux depuis.

D'accord, vous avez fait le lien

Je pense que oui parce que comme il est plus en contact avec la fumée de cigarette directe heu on a bien vu sur son état de santé, il avait plus heu parce que bon c'est du moins ce que j'ai ressenti heu on en avait parlé avec Stéphanie c'est ce qu'on a ressenti parce que avant il avait pas ce soucis là. Il était chez ses parents qui ne fument pas et arrivé dans notre petit appart de 40 mètres carrés où on fumait dedans il a commencé à avoir des problèmes de santé et tout. Quand on est arrivés ici il avait plus ses soucis de santé qu'on avait du soigner par le véto quoi. On se dit que, est-ce que c'est vrai ou pas on sait mais on se dit

Ouais vous vous posez la question en tout cas

Après on se pose la question c'est vrai, c'est quand même bizarre. Il était dans un endroit non-fumeur ça allait bien, il est arrivé dans un endroit fumeur, on repasse dans un non-fumeur ça va mieux. Donc c'est qu'il devait y avoir. Il y a un lien, il est peut-être pas direct mais au moins il y avait un lien avec ça.

Oui d'accord

Comme quoi ça prouve que c'est nocif pour les non-fumeurs.

Oui et du coup ça vous renvoie à vous-même par rapport aux autres

Comme on a des amis non-fumeurs, ils sont pas gênés quand ils viennent ici par l'odeur du tabac parce que c'est pareil l'odeur du tabac qui reste incrustée dans les vêtements c'est pas, pour les non-fumeurs ça doit pas être forcément agréable pour eux. Le lendemain ils vont chez eux, ils puent le tabac voilà quoi c'est pas spécialement agréable

Alors que vous, pour vous-même ça vous gêne pas.

Non c'est bon, maintenant j'ai les poils du nez qui sont complètement cramés quoi (Rires). Ca il y a des trucs j'arrive plus à y sentir quoi.

Ce que vous disiez tout à l'heure, déjà au niveau du goût vous le sentiez, au niveau de l'odeur

Dès lors qu'on arrête de fumer tout l'organisme se régénère naturellement heu effectivement on découvre de nouvelles choses quoi. On redécouvre des nouvelles sensations, des nouveaux goûts

Principalement au niveau du goût

Ha oui ça joue énormément, au niveau du goût. On n'a plus les papilles gustatives qui sont cramées, le nez c'est pareil, c'est vrai que le salé heu j'avais oublié que ça pouvait être salé à ce point donc heu c'est vrai que ça a une drôle d'influence sur ça. On redécouvre des choses.

Donc c'est bonnes surprises finalement

Ha oui oui, il y a rien de désagréable, bien au contraire

Et ça quand vous avez arrêté, ça avait pris combien de temps ?

C'est rapide, c'est même, au bout d'une semaine on commence à retrouver de nouvelles sensations

Donc finalement les effets positifs seraient étalés dans le temps. Au bout d'une semaine, vous avez

Ben oui parce que tout ce qui est cellules ça se régénère rapidement, le temps que tout soit régénéré au niveau de ça on redécouvre des choses assez rapidement

D'accord

Donc 15 jours, 3 semaines c'est heu, tout ce goût, tout ce nez, tout ce palais, ça redevient pas neuf mais on redécouvre des choses, l'odeur des fleurs, l'odeur de la viande, de la nourriture, des préparations, c'est cool !

Tout à l'heure vous parliez du souffle, que vous sentiez que vous en avez moins, est-ce que ça a un effet aussi ?

Ca a un effet mais sur du plus long terme. Il faut plus de temps pour les poumons pour se remettre, d'éliminer toutes ces toxines, tout ce goudron collé dedans

Il y a des toxines et des goudrons qui sont à éliminer dans les poumons

Ha ouais, ha ouais parce que là j'ai fait récemment une radio du poumon, des poumons, suite à un accident le mec il dit heu ha vous devez avoir heu je sais plus quelle maladie. Ca commence ! Le pneumologue il dit non non c'est parce ce qu'il fume comme un pompier. Ils sont tâchés de partout, on voit bien qu'ils sont tâchés de partout, il y avait un grand voile au niveau de la radio du poumon. Effectivement le médecin urgentiste s'est posé deux trois questions et puis ça s'est confirmé que j'avais rien quoi.

Et vous en pensez quoi ?

Ho ben je le sais, c'est tout un état de conscience. On sait les choses, on connaît. Aujourd'hui on peut plus dire j'étais pas au courant. Ca c'est trop facile de dire j'étais pas au courant. Heu on sait tous, moi ça fait 10 ans que je fume, ça fait 10 ans que je sais que le tabac est dangereux et qu'il tue. Je peux pas dire que j'étais pas au courant donc heu après c'est un état de conscience et c'est c'est à nous de nous prendre en main aussi quand c'est comme ça. On sait que c'est toxique, que c'est dangereux. A nous de dire stop si on veut, si on veut. Faut pas se voiler la face et puis se dire ha ben j'étais pas courant.

Vous dites que c'est un état de conscience, vous êtes au courant des risques

Oui

Et que c'est vous qui choisissez d'arrêter

Voilà

Est-ce que c'est vous qui avez choisi de commencé

Oui

Parce que vous me disiez que vous avez commencé à 15 ans pour faire comme les copains.

Voilà, on était au lycée, on arrivait dans la cour du lycée heu on veut s'intégrer, il y a un effet de bande et on veut s'intégrer plus facilement dans cette société quoi parce qu'on arrive dans la cour des grands et on veut se faire intégrer. On veut se faire intégrer dans la société oui. On rentre plus facilement dans cette société de consommateur quoi.

D'accord, donc la cigarette c'était un bon moyen de s'intégrer en fait.

Ben c'est ce que je pensais à l'époque (Rires)

C'est plus le cas aujourd'hui ?

Non aujourd'hui je pense que c'est un peu con quoi. On pense pas la même chose quand on a 15 ans et quand on a heu quand on en a 25 quoi. On se dit ouais, aujourd'hui je suis capable de m'intégrer par d'autres moyens quoi, par l'associatif, par le travail, par la discussion, on arrive aujourd'hui à s'intégrer autrement quoi.

Quand vous dites s'intégrer c'est quoi ?

Ben c'est pouvoir se retrouver, éviter d'être seul parce qu'aujourd'hui c'est vrai la solitude c'est une chose pesante, pas facile. Effectivement quand on se retrouve tout seul après une journée de travail c'est vrai c'est

pas ce qu'il y a de plus agréable quoi. Et quand on est jeune, qu'on a 15, 16 ans, heu c'est con ouais mais le gars il était tout seul parce qu'il fumait pas, il buvait pas. Ha putain celui-là c'est un ringard quand t'as 15, 16 ans. Putain c'est un ringard et tout et puis au final on se rend compte que c'est bien de la connerie d'adolescent. Ca c'est clair et net.

Mais d'un côté vous pensez quand même que ça vous a aidé à vous intégrer.

A l'époque

Aujourd'hui vous savez qu'il y a d'autres moyens

A l'époque c'est ce qui m'a permis de m'intégrer et de discuter plus facilement. Parce qu'on échangeait. Tiens je te file un peu de tabac, autour de la cigarette quoi. C'est vrai qu'à l'époque ça aidait quoi. Après c'est vrai qu'aujourd'hui j'ai plus besoin de ça quoi. Même pas du tout.

Vous avez plus besoin de ça mais vous en avez besoin pour d'autres choses maintenant, ça a évolué un peu.

Oui c'est ça on évolue et puis heu aujourd'hui si je veux m'intégrer dans un groupe ou autre j'ai l'associatif plutôt que la cigarette. Ca peut apporter un petit plus parce qu'on va se réunir, on va être un petit groupe de fumeurs donc on va se réunir dans un coin et ça va aider à la conversation quoi. Après honnêtement y'a plus besoin de la cigarette quoi, pour s'intégrer quoi.

Donc maintenant vous fumez pour d'autres raisons que celles du début

Ouais comme j'expliquais tout à l'heure pourquoi je fume. Donc il y a eu un changement dans ce que ça vous a apporté

C'est un état d'esprit après, ça reste un état d'esprit. Fumer pour s'intégrer c'est fini quoi, c'est on a plus besoin de fumer pour s'intégrer. Faut trouver d'autres moyens, il y a d'autres moyens. Aujourd'hui moi c'est plus anti-stress, mécanique et puis voilà quoi avec tout ce que j'ai cité tout à l'heure.

Et vous regrettez d'avoir commencé ou pas finalement ?

Ouais un petit peu, on regrette toujours d'avoir commencé. On regrette toujours les erreurs qu'on a faites, après heu auprès c'est pas pour autant que j'avais envie d'arrêter plus que ça. Je regrette oui pour les mêmes raisons que j'ai citées tout à l'heure. Je regrette pour le côté financier, économique. Quand tu dis ouais je claqué quand même 300 euros. J'en ai conscience mais c'est pas pour autant que je dis que j'arrête quoi. C'est ça qui est assez bizarre au final.

Donc ce que ça vous apporte vous l'évaluez à plus de 300 euros finalement ?

Ben ouais parce que on se dit putain 300 euros quand même aujourd'hui c'est pas négligeable heu vu comment a augmenté le prix de l'essence, le prix de, l'augmentation du prix de la viande, de la bouffe, on se dit je pourrais peut-être me faire un peu plus plaisir sur la bouffe ou sur les fringues, tiens je pourrais peut-être m'acheter un jeans ce mois-ci parce que j'aurais pas eu 300 euros à mettre dans, dans le dans le tabac quoi. Donc heu après comme je disais on est conscient, on est au courant et on est conscient de la chose après c'est à nous de savoir dire stop et le faire quoi.

C'est cette question de motivation que vous disiez tout à l'heure

Voilà c'est ça. Si aujourd'hui je veux arrêter de fumer pour, on va dire, pour m'acheter un jeans ou à bouffer, je me dis c'est pas bien grave, c'est pas grave je mangerai demain ou je mangerai un peu plus demain. On trouve toujours, je me rappelle une époque heu où j'avais des soucis financiers. On me filait 20 balles j'allais tout de suite m'acheter un paquet de tabac. Pour moi c'était plus essentiel de fumer que de manger, ou que m'acheter un jeans tout propre tout neuf. Sur le coup on s'en rend pas compte parce qu'on en a besoin. Après, si j'avais su, j'aurais peut-être dû acheter plus la bouffe que le tabac, c'est ça qui est assez drôle.

Là dans ce que vous me dites, pour vous c'est un état d'esprit, il y a la motivation, c'est suffisant pour arrêter de fumer tout ça ?

Pour moi ouais c'est, à mon avis, c'est l'état d'esprit. Le tabac c'est quoi, c'est aussi dans la tête quoi. Quand on sait que heu aujourd'hui j'arrête, dans 48 heures je suis sevré de tout besoin, ça ça a été prouvé scientifiquement qu'au bout de 48 heures il y avait plus ce heu cette dépendance au niveau du cerveau, il reste que la gestuelle, la gestuelle de rouler. Le plus dur c'est de perdre la gestuelle. Après heu c'est vrai que si pendant 48 heures on fume pas c'est vrai qu'on a moins cette dépendance, cette envie de fumer. Après si on voit quelqu'un c'est un peu plus dur mais quand on est tout seul et tout si pendant 48 heures on fume pas c'est vrai qu'on a plus cette envie au niveau du cerveau qui te dit tiens j'ai envie de fumer, je suis en manque il faut que je prenne ma dose. Après c'est plus la gestuelle, le regard, de dire tiens si je fume, l'odeur qui fait un rappel quand même.

Il faut réussir à ne pas avoir cette gestuelle et éviter les fumeurs pour éviter la tentation.

C'est ça, c'est surtout de revoir d'autres fumeurs, c'est vrai que si on voit pas d'autres fumeurs dans la foulée c'est ...

Tout à l'heure vous me parliez des patches, des gommes, est-ce que vous connaissez d'autres traitements.

Ouais, il y a l'acupuncture mais c'est pareil, j'ai fait ça mais ça a pas vraiment marché. J'ai essayé la cigarette électronique pour heu faire un substitut et diminuer gentiment mais c'est pareil, c'est que de la connerie commerciale tous ces trucs-là finalement. Pour moi c'est de la pure connerie commerciale. Tu claques 50 boules là-dedans mais si t'es pas motivé ça sert à rien de d'essayer 30 000 sortes de produits, de faire de l'hypnose, de l'acupuncture, des machins comme ça parce que si t'es pas motivé ça marche pas quoi. On est commandés par notre cerveau qui nous dit toi t'es peut-être motivé mais pas moi. Peut-être que physiquement t'es motivé mais pas moi !

Quelque part vous êtes motivé sans être motivé

Oui oui c'est ça

Vous faites la démarche de faire de l'acupuncture, de l'hypnose, d'aller acheter une cigarette électronique pour arrêter de fumer, c'est qu'au fond il y a quand même une envie d'arrêter de fumer qui n'est pas de la motivation

C'est ça ouais, on se dit que ce serait peut-être pas mal mais bon si je continue c'est pas très grave non plus (Rires). En quelque sorte c'est ça j'aimerais arrêter mais si j'arrête pas c'est pas bien grave quoi. C'est vrai qu'après la cigarette électronique c'était intéressant aussi sur le côté économique parce que la petite fiole elle fait 5 euros et elle te dure 2, 3 semaines et avec ce goût de tabac ton cerveau se dit ça va j'ai toujours ma dépendance, j'ai toujours ma petite dose. C'est vrai qu'économiquement ça doit être rentable mais bon.

Parce que le côté j'ai ma dose vous le retrouviez pas avec les patches ou les gommes

Ha non je l'avais pas du tout ça. Pas du tout pas du tout. Donc heu non même pour moi les patches c'est vraiment c'est vraiment de la bêtise quoi, tant commercial que humain parce qu'on nous dit faut prendre des patches faut prendre des patches. Je veux dire, 21 mg de patches, j'ai pris la dose la plus forte, c'est pas pour autant que j'ai arrêté quoi, je pouvais bouffer des gommes, des chewing-gums et tout mais bon ça marchait pas hein. Ça me rendait même malade des fois. Je me sentais malade et tout, j'avais envie de vomir, j'avais des crampes à l'estomac et c'est quand j'achetais ces fameux chewing-gums. Quand je les arrêtais dans l'heure qui suivait ça allait beaucoup mieux. C'est pour dire c'est dégueulasse quoi. Ben ouais c'est comme s'ils nous font bouffer du tabac directement heu au final c'était pas tip-top quoi.

Pour vous si vous prenez des gommes c'est comme si vous preniez du tabac

Oui oui c'est de la nicotine qu'il y a dedans donc heu c'est pour ça c'est pas. Les patches moi m'irritaient, je faisais une sorte d'allergie aux patches

Vous dites c'est la même chose parce qu'il y a de la nicotine mais tout à l'heure vous disiez dans les tabac vous faisiez la différence entre les cigarettes en paquet et les autres.

Ouais parce que là c'est le goût qui rentre, on avait le goût. C'est l'odeur, le goût. Le patch c'est un truc qui se colle puis ça rentre directement dans le sang quoi

Ouais donc c'est juste la nicotine mais quand vous disiez c'est comme du tabac qu'on mange finalement

Ha ouais ouais comme ils foutent dedans des agents de texture et compagnie, de la menthe ou de la fraise. On sent plus ce goût de menthe ou de fraise

D'accord c'est le même principe, je comprends ce que vous voulez dire

C'est toujours une question de goût et puis c'est plus agressif les chewing-gums et tout. Le tabac c'est, ça reste quand même un produit doux au final parce que ça agresse pas le palais ni l'estomac quoi.

Quand vous prenez une gomme ça vous agresse tout de suite dans la bouche

Ha ouais ouais

Alors que la cigarette c'est le lendemain quand vous avez trop fumé

Voilà c'est ça oui un, une gomme ça vous agresse tout de suite la langue, le palais et l'estomac alors qu'une cigarette non. Ça va bien chauffer quand on fume trop mais pas plus que ça quoi. Et après ce que je disais on sent les goûts entre une blonde et même entre différentes marques de blondes parce qu'ils ont chacun leurs recettes et on va faire la différence entre une Marlboro, une Lucky et une Camel quoi. Comme entre les tabacs à rouler on fait la différence aussi quoi. Après c'est aussi à cause des produits dedans et tout ça quoi.

Et là ce que vous fumez comme marque c'est important pour vous ?

Ben ouais Fleur du pays c'est un tabac que j'ai toujours fumé puis que qui est mal que j'aime bien niveau goût. Parce que ce que c'est aussi un tabac qui se rapproche le plus du naturel parce que c'est une des marques ils ont rapidement enlevé ce qui est agents de texture et compagnie et heu les goudrons et tout. Niveau goût du tabac on se rapproche plus du vrai goût du tabac quoi que quand on prend d'autres marques, on le voit c'est bourré de goudrons, de nicotine, de machins, d'agents de texture et tout donc heu. On sent le goût aussi.

D'accord, c'est un produit qui est plus naturel.

Voilà c'est ça. C'est pas pour mon côté écolo bio, c'est plus pour le goût quoi donc heu voilà
C'est le fait qu'ils aient enlevé plusieurs produits qui fait qu'on est plus près du vrai goût du tabac que vous recherchez.

C'est ça.

Et par rapport à la cigarette électronique, qu'est-ce qui a fait que ça vous a pas convenu ?

Ben je crois qu'il y a un peu la gestuelle heu le côté gestuelle

D'avoir gardé la gestuelle ?

Ben j'avais heu j'avais toujours ce côté gestuelle de vouloir rouler ma cigarette et tout après on se disait aussi bah il fallait toujours avoir du produit sur soi parce que quand on partait en soirée il y avait pas de tabac. Si on a oublié de recharger sa fiole c'est la merde. Ça joue aussi sur les poumons. On avait l'impression au niveau des poumons qu'on était plus vite, ouais ça faisait quelque chose sur la respiration, on était plus vite essoufflés, c'était assez drôle quoi et puis ouais je sais pas pourquoi, j'ai arrêté, j'ai repris une cigarette normale et j'ai préféré continuer avec la cigarette normale quoi. Mais demain si j'ai plus de tabac et que tous les bureaux de tabac sont fermés ça va pas me déranger de reprendre la cigarette électronique pour une soirée ou deux parce qu'il y a toujours ce goût de tabac qui est dedans qui permet de canaliser les choses quoi. Mais si je m'étais mis à la cigarette électronique c'était plus pour le côté économique quoi. Au point de vue ouais argent on dépensait moins en prenant du tabac liquide que du tabac normal. Après ouais je me suis dit je vais me reprendre un paquet de blondes parce que, en soirée c'est mieux. Et puis t'achètes un paquet, tu en achètes un autre et puis on va se remettre à rouler ça va être plus simple (Rires), que de reprendre la cigarette électronique. C'était par vagues, c'était par vagues la cigarette électronique.

Quand vous parliez de gestuelle tout à l'heure je pensais au geste de fumer mais finalement là vous parlez de gestuelle par rapport au fait de rouler aussi.

Oui oui il y a un côté aussi tiens je vais rouler ma cigarette quoi. C'est assez drôle aussi ouais.

Ca ça fait partie

La gestuelle ? Ouais ! Ha oui oui c'est ça fait partie des gestuelles entre l'acte de fumer et rouler quoi.

Même en amont, le choix du tabac, un tabac qui est plus naturel, prendre le temps de le rouler et le fumer ensuite.

Oui c'est pour ça aussi avant je prenais beaucoup de tabac à rouler parce que des fois ça me faisait chier de rouler, j'attendais une demi-heure de plus ou j'attendais le lendemain matin alors que la blonde c'est tellement facile. On ouvre le paquet on allume et puis voilà. Et on est plus facilement tenté par en fumer une autre derrière. Ca c'est clair. Je peux fumer deux blondes d'affilée j'aurai pas les mêmes problèmes qu'avec deux roulées d'affilée. Ouais des fois ça m'arrive de fumer deux roulées d'affilée, la deuxième je la fume qu'à moitié parce qu'il y a côté de saturation aussi. Si j'ai trop fumé ça sert à rien que j'essaye d'aller plus loin

Vous êtes saturé mais en quoi ?

Ben heu c'est le cerveau qui dit c'est bon j'ai eu ma dose. On va avoir un peu plus mal à la tête. Quand on fume on a plus le goût

Ca n'apporte plus rien en fait

Ca n'apporte plus rien. A la moitié de la deuxième ça apporte plus rien quoi. Donc heu ça sert à rien et puis on peut avoir mal à l'estomac des fois donc on se dit je vais pas aller plus loin sinon je vais vomir dehors.

Ha oui à ce point-là.

Ha oui c'est clair que quand on fume de trop on est, on se dit ça sert à rien de continuer sinon je vais vomir.

Oui dans ce cas-là on est vraiment plus dans le plaisir.

Aujourd'hui pour moi il y a plus de plaisir à fumer. On fume pour fumer quoi. C'est pour ça aussi qu'on se dit qu'on va faire la démarche pour arrêter. Il y a plus de plaisir de fumer quoi, ce plaisir de l'odeur, du goût qu'aujourd'hui on retrouve pas. C'est tellement devenu comme je disais au niveau des papilles, au niveau du nez il y a plus cette odeur, ce goût du tabac qu'au début on avait. On l'a plus parce qu'avant quand on fumait, j'en fumais une ou deux heu. Avant j'en fumais 4, 5 dans la journée, c'était tout quoi. Une en cours de matinée, une après le repas et heu 3, 4 dans la soirée c'était tout grand max. Et c'était un plaisir quoi, on avait ce plaisir, ce goût de fumer mais aujourd'hui je fume pour fumer quoi. Il y a plus d'intérêt quoi.

Et le plaisir, vous disiez quand vous êtes en soirée avec un petit verre

Oui oui c'était bien aussi. C'est peut-être ce côté de société, se retrouver entre copains. On y boit un verre donc on est peut-être tenté de fumer une cigarette parce que ça va compléter ce petit verre d'alcool ou d'apéro qui va avec quoi. Pareil pour le café, pour moi il y en a toujours un qui accompagne l'autre quoi. C'est rare quand, pour moi il y en a toujours un qui accompagne l'autre.

Avec du plaisir ou pas finalement ?

Pas spécialement, je prends mon café il faut que je prenne ma clope, je suis bien boosté pour la journée, je suis bien réveillé. Le soir ouais quand on se retrouve entre amis on fume une petite cigarette avec le petit verre, c'est, là il y a le plaisir. Mais c'est pareil il y a aussi de la limite dans le plaisir. Si c'est de trop après faut que ça reste limité. Si c'est juste 1 ou 2 verres ça ira mais si c'est en soirée, à la fin on fume pour fumer. C'est ça qui est assez drôle à expliquer quoi., parce qu'on fume pour fumer quoi. On sait même pas pourquoi on se met à fumer des fois, c'est ça qui est assez drôle, on fume pour fumer. Voilà quoi. (Rires) C'est fumer pour fumer.

Finalement tout n'est pas dans la tête. Il y a ce côté machinal que vous disiez tout à l'heure

Ouais ouais mais quand je dis que c'est machinal c'est que c'est le cerveau qui nous commande en quelque sorte

Oui mais sans conscience

Sans conscience ouais. Il y a plus d'état de conscience là. Arrivé aujourd'hui je pense pas qu'il y a un état de conscience à 100 pourcents. Quand je me lève le matin je suis conscient qu'il me faut ma cigarette et tout. Quand je bricole pour m'aider à me concentrer ouais mais sinon il y a plus vraiment de conscience, on fume vraiment pour fumer.

Ce que vous disiez, que vous vous êtes retrouvé en train de rouler

Ouais voilà

Vous aviez même pas conscience que vous étiez en train de le faire, on vous l'a fait remarquer.

C'est ça qui est assez drôle, c'est que on fait des choses sans vraiment s'en rendre compte parfois. J'ai trouvé un fond de paquet dans ma poche, j'ai roulé pour rouler quoi. C'est ça qui est assez drôle, enfin pas trop parce que finalement on n'est pas conscients de nous-mêmes. On fume sans être vraiment conscients quoi.

A votre avis qu'est-ce que pensent les gens autour de vous du fait que vous fumez ?

Ben effectivement non-fumeurs comme tout bon non-fumeur, faut que tu arrêtes, c'est pas bien de fumer donc voilà mais c'est vrai, toujours les mêmes discours ravageurs fumer c'est pas bien de fumer donc moi comme je leur dis je fais ce que je veux de ma vie. Si j'ai envie de fumer je fume hein. Je t'empêche pas de boire un verre ou heu je t'empêche pas de faire ceci ou jouer aux jeux à gratter tous les jours. On a tous notre dépendance, moi c'est la cigarette quoi. Donc après moi je suis pas dans les discours d'interdiction et de blâmer en disant c'est pas bien c'est pas bien.

C'est le discours qu'on vous tient, de dire c'est pas bien de fumer

C'est pas pour autant qu'ils nous aident à arrêter de fumer. Ca c'est toujours les bons discours de morale et heu c'est pas pour autant qu'ils vont faire quelque chose pour aider d'arrêter de fumer

Comme vous disiez tout à l'heure, même quand vous avez commencé à fumer vous saviez que c'était pas bon. Depuis 10 ans vous savez que fumer c'est pas bon.

Ha oui donc à partir de là je vois pas pourquoi on devrait nous interdire ou nous blâmer, vous fumez pas. On a chacun notre petit vice, ben moi c'est le tabac et puis voilà et puis jusqu'à présent je cherchais pas plus que ça à arrêter.

Et ça représente quoi pour vous d'être fumeur aujourd'hui ?

Comment ça ?

Est-ce que vous vous sentez fumeur, est-ce que ça fait partie de vous ? C'est quelque chose qui fait partie de vous, qui vous identifie ?

Heu ouais non je pense pas qu'on peut identifier quelqu'un aujourd'hui de fumeur. Ca fait le petit plus mais on peut pas mettre quelqu'un dans une catégorie, lui il est fumeur. On fume oui et voilà, après

Ca vient en plus de ce que vous êtes.

Oui voilà c'est pas quelque chose qui va me caractériser, c'est le petit plus mais c'est tout quoi. Pour moi il y a pas besoin. On peut pas classer les gens par catégorie, pour moi une connerie. C'est le petit plus qui fait que tiens on va fumer, on fume. Si c'est plus facile quand on sait qu'on pourra dépanner quelqu'un. On sait que untel il fume il aura une cigarette pour toi. Ha ouais c'est vrai, ça fait le petit plus qui fait qu'on peut aider quelqu'un qui a besoin d'une cigarette.

Vous vous comprenez entre fumeurs en quelque sorte, ça simplifie me fait d'aller demander parce que vous partez du principe que la personne en face sait ce que vous ressentez sur le moment quand

Ha oui oui c'est ça ben comme je disais tout à l'heure, comme toute personne qui a besoin de sa drogue, il va savoir que untel fume du crack ou sniffe de la coke, il saura comment il pourra avoir sa dose. Donc heu, comme moi je sais le jour où j'ai plus de tabac, j'ai mon voisin qui fume je vais aller le voir direct, tiens tu peux pas me dépanner d'une clope ? Et puis voilà c'est plus facile, c'est clair et net.

C'est marrant parce que vous êtes dans un langage qui est assez radical on va dire, vous faites la comparaison tabac avec héroïne, crack, cocaïne

Oui oui tout ce qui est drogue

Vous voyez ça comme une drogue

Oui une drogue dure, c'est une drogue dure, c'est une drogue dure. On a besoin de notre dose. Quand on a 10 ans de tabac derrière nous même au bout de 5 ans ou au bout d'1 an c'est impressionnant, on a ce besoin de tabac.

Vous le ressentiez au bout d'1 an ce besoin de tabac

Même au bout de 6 mois, quand je me suis mis à fumer vraiment comme un beau pompier mais ouais ouais là j'avais heu j'avais ce besoin.

Et c'est venu vite cette consommation ?

Ouais, en moins de 6 mois j'avais cette consommation

En moins de 6 mois vous fumiez comme un pompier comme vous dites

Ha oui oui j'ai calculé, à l'époque je fumais entre 30 et 40 cigarettes.

A l'époque quand vous aviez 15 ans ?

15, 16 ans ouais. Je suis passé de 5, 6 cigarettes par jour à 30 quoi. Il m'en fallait 2, 3 le matin, à chaque pause de cours, le midi avant de manger, après manger, avant de rentrer en cours heu à chaque pause le soir parce que en plus j'étais en internat donc heu comme il y avait des gars à la permanence, à chaque pause de permanence allez hop, avant d'aller se coucher. Et quand j'étais en vacances ou en weekend je me relevais la nuit parce que j'arrivais pas à dormir. Il me fallait, j'arrivais pas à dormir, hop, même des fois aujourd'hui si vraiment j'arrive pas à trouver le sommeil et que je tourne dans le lit pendant plusieurs fois et ben je me lève, je fume une cigarette, je vais me coucher et je m'endors.

Ca vous aide à vous endormir ?

Ha oui parce qu'il y a ce côté qui me permet de me décontracter, d'être zen et tout quoi. C'est vrai que ça aide énormément sur ces côtés-là. C'est ce que je dis, c'est une drogue dure.

Il y a quelque chose qui a fait que ça s'est installé de manière aussi importante ? Passer de 4, 5 cigarettes par jours à une trentaine, 30, 40

Ben il y avait heu, c'est vrai que je faisais, j'étais dans des études où ça me stressait un peu donc heu à l'époque ça me permettait de pas mal décompresser heu le moment où je me suis mis vraiment à fumer gros gros gros, j'étais à 2 bons paquets par jour, c'était le moment où mon père est tombé malade et qu'il en est mort donc heu ouais là après ça a été la période où ça s'est décliné pour moi. J'étais rentré dans une phase où ouais je fumais. Ca fait 3 ans que j'ai diminué ma consommation quoi quand même. Mais après la mort de mon père j'ai, il est mort il y a 7 ans donc heu donc ouais en 2007 quand il est mort, 2007, 2008, 2009 heu la cartouche elle me faisait la semaine. Donc heu puis après on se regarde, la vache ! j'ai fumé une cartouche quoi. Mais bon c'est pas grave ! (Rires)

C'est beaucoup mais finalement c'était pas si grave

C'était ça, c'était énorme, c'était énorme parce que c'était quand même ben heu ça faisait 200 clopes en une semaine quoi. Donc heu plus les à-côtés putain la vache c'est énorme quoi. J'étais à 300 clopes la semaine. On arrive toujours à en taxer une quand t'es en soirée donc heu ouais puis ben ouais la cartouche c'était 60 balles, 60, 70 euros ça faisait cher quoi mais c'est pas pour autant que j'arrêtais.

Parce que vous en avez eu besoin à ce moment-là pour gérer ?

Ben tout le côté émotionnel ouais. Ca permettait de gérer tout le côté émotionnel. Ca c'est clair et net, ça m'a bien aidé à gérer le côté émotionnel. Il y avait d'autres moyens, il y avait sûrement d'autres moyens à l'époque mais heu c'est là-dedans que je me suis réfugié.

Qu'est-ce qu'il aurait pu y avoir comme autre moyen ?

Ben le côté associatif sûrement, heu faire des activités sportives heu faire je sais pas moi, m'intéresser à d'autres choses que d'être tout seul et fumer comme un pompier quoi.

C'est la solution la meilleure que vous avez trouvé sur le moment

A l'époque ouais je pense, c'était. Je pense, c'est sûr, à l'époque c'était la seule solution que j'ai trouvée. Je travaillais comme un forcené et je fumais en conséquence quoi.

Il faut fumer pour travailler ?

Non mais ça permet de tenir éveillé aussi parce que je faisais de 5h30 le matin à 7h le soir parce que je m'occupais d'un élevage équin et heu j'avais une pression de mes patrons. Il fallait que je tiens éveillé heu et heu que je reste concentré heu. Il y avait mes soucis personnels à côté en plus. C'était une accumulation de tout qui faisait que je me retrouvais avec la cigarette et ça me permettait de me stabiliser et d'aller toujours de l'avant, ce qui a été une belle bêtise aussi (Rires) au final parce que heu ça nous ruine financièrement et puis c'est pas la solution. On se retrouve quand même plus facilement malade l'hiver heu on a des bronchites, on

fait plus facilement des bronchites, on est plus sensible et tout parce l'humidité du corps elle en prend dans la tronche aussi donc heu on est plus facilement enrhumé, plus facilement malade heu on a du mal à se remettre de heu des choses quoi.

Ca vous l'avez senti, les hivers vous avez senti que vous étiez beaucoup plus malade

Ha oui oui ça c'est clair et net heu alors que j'avais pas spécialement ça avant. Après je suis pas non plus docteur donc je sais pas s'il y a vraiment un lien ou pas.

Là vous en parlez donc

Oui oui j'en parle parce que j'ai conscience de ce qui s'est passé quand même. Je pense que ça joue quand même sur la santé après c'est comme ça hein ! (Rires)

C'est ce que vous regardez à posteriori finalement

Ben avec le recul c'est ce qu'on remarque et puis on se dit si j'avais su, si j'avais su que tout ça ferait, apporterait ces conséquences-là, j'aurais peut-être pas

Oui vous avez réfléchi à d'autres alternatives que vous auriez pu mettre en place

Ouais carrément, si j'avais su j'aurais jamais commencé à fumer. Donc heu j'aurais fait sûrement comme tout le monde, j'aurais testé, essayé en en fumant une comme ça mais jamais j'aurais dû commencer et me mettre dedans juste pour voilà au début m'intégrer dans un groupe et devenir dépendant de la cigarette.

On a bien abordé un peu tout, est-ce qu'il y aurait un autre sujet par rapport au tabac que l'on aurait pas encore abordé et qui vous paraîtrait important ?

Comment ça ?

Quelque chose dont on n'a pas encore parlé sur le tabac qui

Non je pense qu'on a dû faire le tour de tous les aléas du tabac.

**** *REF_E_08 *SEXE_F *PRECAIRE_NON *CSP_EMPLOI *AIDE_NON

Ben la cigarette c'est terrible

C'est terrible ?

Ça fait depuis l'âge de 19 ans que je fume. J'ai arrêté une première fois en 2006 quand j'ai été malade par la peur. J'ai repris au bout de 10 ans et depuis rien. Et là j'ai arrêté depuis le 27 février... C'est heu, c'est infernal quoi, je fumais de plus en plus

Oui

Je fumais de plus en plus quoi

C'est ce qui vous a fait arrêter ?

Je me suis rendu compte que je fume de plus en plus, que ma voiture c'était une voiture poubelle, un cendrier, tout ce que vous voulez, parce que je fumais dans ma voiture en allant travailler donc heu voilà.

Ce sont plein de petites choses qui se sont en fait accumulées

Ouais ouais ouais

L'augmentation de la consommation, l'état de la voiture

Ouais.

Et comment ça se passe ?

J'étais jamais en panne de cigarettes, jamais. Ça fait très longtemps que j'avais pas été en panne de cigarettes. Mais il y a ça aussi il faut dire, faut que j'aille acheter des clopes sinon j'aurais pas assez pour le week-end. On est dépendant hein

Vous vous sentez dépendante ?

Ha ouais ouais, j'étais dépendante ouais. J'étais, mon sac, il fallait que je vérifie si j'avais assez de cigarettes suivant où j'allais. J'avais des paquets partout entamés

Vous en aviez partout

Ha oui Ha oui

Toujours des cigarettes sur vous ou

Dans la voiture, dehors chez moi parce que je fumais jamais à l'intérieur, ça ça fait très très longtemps et dehors chez moi il y avait des cigarettes. Ha, quand j'ai fait le tri j'ai trouvé 21 briquets quand même

21 briquets

J'ai tout regroupé

Vous avez tout regroupé finalement quand vous avez décidé d'arrêter de fumer. Vous avez été dans tous les lieux

Des endroits où je savais qu'il y avait des trucs donc. 21, 21 briquets je crois

Et alors, ça vous inspire quoi ? D'avoir retrouvé 21 briquets

Et 9 paquets de cigarettes entamés. Ça m'inspire ouais, j'avais toujours peur qu'il y en ait un qui marche pas quoi. C'est ça en fin de compte et c'est quand même assez grave

C'est en regardant après coup

Ha oui oui, sur le coup je me suis dit ho putain, c'est grave quoi

Et c'était quoi le risque si on a qui marche pas justement

Ben c'était de pas avoir de feu quoi

Et le risque de pas avoir de feu ?

Ben de pas pouvoir fumer de cigarette quoi, de pas pouvoir allumer la clope quoi

Vous en avez besoin en fait

Ouais. J'avais l'allume-cigare aussi dans la voiture

Vous saviez tous les moyens, tous les endroits pour avoir du feu, tout était organisé

Ha oui oui, tout était organisé, planifié

Donc 9 paquets de cigarettes et 21 briquets. Et qu'est-ce que vous en avez fait de tout ça ?

Chez moi, j'en ai laissé trois dehors parce que j'ai des gens, j'ai des amis qui viennent, il y en a quelques-uns encore qui fument. Il y en a encore quelques-uns donc j'ai laissé des cendriers. C'est tout bien propre et trois briquets. Je les ai donnés les autres. Je les ai donnés

Et les paquets ?

J'ai donné aussi

Vous les avez donnés aussi

Ouais ouais ouais, j'en veux plus

Et le fait d'avoir encore des cendriers les briquets, ça vous rappelle pas

Non non, c'est pas, c'est pas quand je vois quelqu'un qui fume chez moi dehors je vous dis bien pas à l'intérieur. À l'intérieur ça me dérangerait pas plus que ça mais c'est interdit. Mais ça me dérange pas d'être avec vous en face de moi, on boit un café, vous fumez votre cigarette. C'est pas ça qui est plus dur, le plus dur c'est d'avoir envie, il y a des moments où j'en ai envie, je sais pas pourquoi

Vous sentez d'un coup une envie

Ha oui, comme ce matin, ha ouais ouais mais c'est pas du tout obligatoirement quand je suis avec quelqu'un quoi

Oui d'accord, il suffit pas de voir quelqu'un fumer

Ha non non

Pour avoir cette envie-là

Je le sens de loin, je le sens de loin quand il y a quelqu'un qui fume par exemple quand on est dans la rue, ou là où je travaille, il y a des ascenseurs, il y a des gens qui fument dans les ascenseurs ben c'est horrible. Même quand je fume, c'est quelque chose qui me, qui m'indisposait, surtout le matin mais là je le sens vachement quoi quand quelqu'un fume, même quand je m'approche de quelqu'un qui a fumé. Ça aussi je sais, je puis

Alors cette odeur finalement ça vous indispose

Dans l'ascenseur oui mais par contre comme ça dehors non pas du tout, ça m'indispose pas

Et ça vous fait quoi cette odeur ça vous donne envie de fumer ?

Non mais je dirais c'est agréable pour moi

Plus agréable que quelqu'un qui est en train de fumer ? En fait c'est complètement différent que de voir quelqu'un qui fume

Ha oui oui, oui c'est pas pareil mais l'envie de fumer c'est vachement bizarre quoi. C'est pas toujours au même moment, c'est pas toujours pour les mêmes raisons.

Vous arrivez pas à identifier un facteur commun en gros qui ferait que vous savez que dans telle situation vous allez avoir cette envie ? Là vous avez dit ce matin vous avez eu très envie

Ouais, si je suis le matin à la maison, ouais il faut vraiment que je sois occupée quoi. Je fais plein de trucs. Avant, je glandouillais des fois, là je peux plus quoi.

Oui

Je suis obligée de m'occuper quoi. Je crois que le pire c'est quand je suis à la maison ouais. Quand je suis chez moi. Puisque quand je travaille. Là je suis partie en week-end donc c'est la première fois que j'ai arrêté de fumer chez des amis et sur les 6 qu'on est en fait, on se regroupe régulièrement, on se retrouve régulièrement. Et sur les 6 j'étais la seule à fumer et c'est le premier week-end et que je faisais sans cigarette mais j'appréhendais, enfin j'appréhendais. J'appréhendais pas mais je me suis dit putain ce week-end ça va te manquer sûrement tu vois, pas du tout, même pas du tout. On a fait des balades, les restos comme d'habitude et tout ça et on était chez les gens mais ça m'a pas, ce week-end j'en ai pas souffert du tout. Alors que ce matin à la maison si

Et vous faites cette distinction là, le fait que vous étiez occupée ce week-end avec les ballades etc.

Ouais, je sais pas. Ce matin j'étais occupée à faire à manger aussi mais je sais pas. J'arrive pas à savoir

Vous me disiez que fumer chez vous c'est interdit

Oui, ça fait longtemps, depuis que mon mari a arrêté de fumer il y a 10 ans. On a plus jamais fumé à l'intérieur mais moi j'ai continué à fumer. J'allais dehors par tout temps, du 1er janvier au 31 décembre, même celles le soir, même celles de 5 heures le matin, je l'allumais dehors. Personne ne fume à l'intérieur chez moi

Vous disiez tout à l'heure que s'il y avait des amis à vous qui fume dans la maison ça vous gênerait pas

Non, pas plus que dehors mais sauf que les gens le font plus maintenant de toute façon

Parce qu'ils le faisaient avant mais à partir du moment où votre mari a arrêté de fumer

Ha oui oui mais j'ai plein de gens que je connais qui sont fumeurs, on fume pas l'intérieur. À l'intérieur je sais pas si il y en a encore beaucoup qui fument, dans leur intérieur quoi

Et vous c'était quoi l'objectif que ce soit interdit. C'était par rapport à l'arrêt de votre mari pour pas

Oui pour pas que il soit devant sa télé sur son canapé tranquille et qu'il soit enfumé à côté quoi. Et puis bon par rapport à, le fait qu'à l'intérieur ça pue, que les enfants sont enfumés on a donc, on pense aux côtés néfastes. C'est pas agréable la cigarette à l'intérieur quoi

Parce que ça pue et que ça pouvait gêner votre mari quand il est posé tranquillement et aussi par rapport aux enfants ?

Oui, par rapport aux gens qui venaient qui fumaient pas

Pourquoi par rapport aux enfants, à cause de l'odeur ou

A cause de la cigarette, de la fumée de la cigarette

Parce qu'il y a un risque pour les enfants le fait de fumer des cigarettes ?

Oui, pour les enfants et pour tout le monde. Le fameux... J'ai perdu le mot... comme les gens qui travaillaient dans les bars avant et tout

Le tabagisme passif

Voilà. Ben oui

Donc il y a un risque aussi pour les personnes qui viennent. Donc l'arrêt a servi aussi

Oui et puis sans aucun souci, sans aucun souci et quel que soit le temps

Vous disiez tout à l'heure que peu importe le moment de l'année du 1er janvier au 31 décembre, que ce soit la cigarette de 22h30 ou celle de 5 heures donc ça veut dire que vous avez des cigarettes pour lesquelles il y a une heure qui est attribuée

Je voulais dire la dernière le soir avant d'aller me coucher et la première le matin en déjeunant. C'est pour ça que je vous donne ses horaires la parce que c'est mes horaires moi

Vous en avez une avant d'aller vous coucher et une le matin au déjeuner

Avant d'aller me coucher oui et puis en me levant le matin

Elles représentent quelque chose ces deux cigarettes ?

C'était une habitude je vais dire c'était l'habitude, une habitude...

Oui c'est une habitude en fait

Ben je me levais, mon café était coulé parce que j'ai cafetière programmable, je me servais ma tasse de café et je sortais dehors boire mon café et fumer la cigarette

D'accord, et ça quel que soit le temps

Oui, ha ben oui oui

Vous êtes courageuse

Ha ben oui oui. À 4h20 des fois donc certains matins j'avais la parka et tout. Oui, ha ben ouais et c'était plus fort je veux dire

C'était plus fort. C'est ce que vous appelez la dépendance ? Ou l'envie ? Ou est-ce que c'est encore différent ?

Il y a les deux, il y avait la dépendance, ça c'est. Il y avait l'envie mais il y avait la dépendance, mais les automatismes aussi. Et ça je le vois mon, c'est, avant j'étais chez moi, mon téléphone sonnait. Je prenais mon téléphone et je sortais dehors fumer une cigarette. À chaque coup de téléphone. Je crois que je téléphonais pas sans fumer. Je sais pas. C'est un automatisme ça ? Enfin, c'est pas, j'en avais envie parce que ça faisait un certain temps que j'avais pas fumé. C'est que mon téléphone sonnait et je fumais. C'est

D'accord, vous avez des cigarettes habitude

Oui

Que ce soit celle du soir ou du matin au lever et en même temps des cigarettes automatiques

Oui

Au téléphone, hop systématiquement une cigarette

Ouais, et puis oui

Et ça, vous vous en êtes rendue compte une fois que vous avez arrêté de fumer

Bien sûr, bien sûr

Et comment ?

Je m'en rendais bien compte quand même mais ça m'interpelait pas quoi. C'est après coup que je m'en suis vraiment rendue compte. Je me disais chaque fois que tu téléphonais tu fumais

Et vous en pensez quoi ?

J'en pense quoi... C'est, j'étais dépendante quoi je le suis toujours sauf que je fume plus.

Aujourd'hui vous êtes dépendante et vous fumez plus

Non, j'en ai encore envie mais il y a des jours je me dis merde je croyais que c'était fini mais non ça va pas mieux avec le temps, pas le temps que moi j'ai arrêté du moins. Pour l'instant, ça fait pas longtemps

Aujourd'hui vous trouvez que c'est encore dur

Il y a des jours où c'est encore plus dur que la première semaine quoi

Parce que là vous en êtes pas combien de temps ?

27 février, vendredi 27 j'ai fumé la dernière en allant me coucher

C'est important de se dire celle-là c'est la dernière ?

Ha oui oui j'avais préparé dans la tête. Ha oui oui c'est pas le 27 au matin que je me suis dit ce soir j'arrête de fumer, non. J'avais, mais bon ça j'avais déjà préparé plein de fois et que j'avais pas tenu parole.

Et qu'est-ce qui a fait que vous l'avez fait cette fois ?

Je sais pas, à vrai dire je sais pas. Je me suis dit il faut arrêter. En plus je téléphonais pour prendre mon rendez-vous, moi je croyais que j'allais avoir un rendez-vous dans les 10 jours on me dit, là on me dit fin mai, je dis holala fin mai c'est loin ça fait plus de 3 mois et tout je crois que je vais arrêter avant et puis on verra bien. Je vais voir et puis

Alors ça, cet arrêt vous l'avez déjà anticipé plusieurs fois par le passé dans votre tête en vous disant aller j'arrête cette fois ce sera ma dernière

Oui, j'ai tenu 24 heures et encore des fois pas toujours puis j'ai refumé, ha oui oui je l'ai fait plusieurs fois

Et quand vous vous disiez ça dans votre tête qu'est-ce que vous vous disiez ? Quand vous prépariez le fait de d'arrêter

Bon c'est bon tu arrêtes cette connerie, ça sert à rien tu dépenses des sous, ça sert à rien

Donc cette connerie, ça coûte cher,

Et ça sert à rien. Exactement. Mais ça après, quand l'envie de cigarettes vous prend, vous oubliez tout ça. Je veux dire, c'est, ça s'envole en deux seconde

ça n'a plus d'importance

Le temps d'en allumer une ça n'a plus d'importance. C'est vraiment, oui. Je comprends qu'il y ait des gens qui ne puissent pas comprendre. Je veux dire quelqu'un qui n'a jamais fumé de sa vie, je veux dire il dit ben tu as qu'à arrêter. Elle se rend pas compte, elle se rend pas compte. Elle peut pas se rendre compte

De quoi ils se rendent pas compte en fait ?

Ben que c'est dur, c'est difficile, que en deux secondes vous prenez une bonne résolution et puis en deux secondes on ca y est elle est oubliée. Alors que vous avez dit je vais y arriver je vais y arriver

Et comment vous l'expliquez ça justement alors ?

Je sais pas, je pense que c'est, je pense que c'est la dépendance

C'est la dépendance qui fait que

C'est une drogue, je suis je suis quand même

Oui, parce que vous arrivez à réfléchir aux choses

Ha oui

Tout à fait

Que ça coûte cher, que ça sert à rien

Tout à fait

Et que en l'espace de quelques secondes ça ne plus l'importance

J'en fume une et vous oubliez tout ça. C'est la dépendance quoi

Et ça c'est la dépendance. Et qu'est-ce qui vous fait dire que c'est une connerie ?

C'est une connerie parce que ça abime la santé, parce que ça pue, parce que je suis dépendante, je suis obligée de m'organiser comme il faut pour pas manquer de cigarettes. Ben c'est débile quoi, débile

Et ça coûte cher

Ca coûte cher en plus. Je fumais 220 euros par mois à peu près

Ouais

Ça me fait honte. Quand je dis ça mais bon

Et pourquoi ça vous fait honte ?

Ben vous vous rendez compte c'est énorme 200 euros, c'est énorme. Et ça part en fumée quoi

Et ça vous le voyiez ou c'est après-coup ?

Vous le voyez pas, c'est que quand vous payez par carte bleue, à 60 euros la cartouche, je le voyais bien mais comme on veut des cigarettes, on achète

Et vous les achetiez en cartouches alors

Oui, toujours, toujours

D'après ce que vous dites, enfin, à voir le prix que ça représente, vous trouvez que vous fumiez beaucoup non ?

Ben je fume 1,5 paquet par jour à peu près. Ça fait à peu près, j'ai compté à peu près sur les trois derniers mois, à peu près parce que les cartouches on sait combien ça fait, sur trois mois ça fait à peu près 210 par mois à peu près

D'accord. Et les cigarettes que vous achetiez, c'était une marque particulière ?

Des gauloises blondes bleues ouais. En général toujours les mêmes. Par contre si j'en avais plus, je fume n'importe quoi c'est arrivé 2, 3 fois au bureau de tabac, je choisis autre chose sinon je prenais toujours des gauloises blondes bleues

Et pourquoi cette marque, ou cette cigarette-là en particulier ?

Bah déjà c'est une des moins chères sinon ça fait très très longtemps que je fume des gauloises blondes bleues.
À vrai dire je sais pas vraiment exactement pourquoi
En tout cas depuis aussi longtemps que vous vous en souvenez
Ouais ouais. Justement tout à l'heure vous me disiez que vous avez commencé à 19 ans
Oui j'avais plus de 18 ans et demi, 19 ans à peu près
Comment ça s'est passé, vous pouvez m'en parler ? Comment vous avez commencé ?
Avec les copines. Avant, quand j'étais au collège j'en avais fumé une ou deux mais pas, jamais, je veux dire c'était juste. Et puis après, un jour ça s'est fait comme ça et après je me suis mis à fumer, pour faire bien, pour faire comme tout le monde
Tout le monde fumait dans votre entourage ?
Oui, il y en avait une seule qui ne fumait pas je crois parce qu'elle était asthmatique
Parce que ça augmente le risque d'être asthmatique ?
Bah non mais par contre ça la gênait vachement
Elle le sentait
Ha ouais ouais ouais. Et en plus à l'époque on fumait encore à l'intérieur, ça faisait un aquarium partout où on se trouvait. Elle était gênée elle. C'est venu comme ça.
Sans s'expliquer vraiment en fait, c'est venu comme ça, par ce que vous étiez avec des copines, pour faire comme tout le monde
Ha ouais
Et quand vous dites tout le monde fumait autour de vous ça inclut aussi les parents
Non ma mère n'a jamais fumé et mon père fumait pas beaucoup, il fumait jamais à l'intérieur mon père quand on était à l'intérieur quoi, jamais dans la voiture mon père n'a fumé. Mon père il fumait pas beaucoup quoi. Ce genre de comportement je vais dire avec la cigarette j'aimerais bien, il en fumait une par jour, vraiment que pour le plaisir quoi. Le soir quand il faisait beau, il se mettait dans le jardin il fumait sa petite cigarette mais c'est tout. De la journée, il en fumait pas. Il partait pas au boulot avec les clopes c'était vraiment différent. Un paquet, celui faisait la semaine
Vous me parliez tout à l'heure pour vous de cigarettes à des moments donnés en allant vous coucher, en vous levant vous m'avez parlé d'habitude. Pour votre père vous me parlez de de plaisir et pour vous vous ne semblez pas avoir de plaisir. Ça représente un plaisir quand même ?
Ha ben oui. Alors à la limite celle du matin c'était plus toxicomane on va dire, j'en avais envie, il me la fallait mais après sinon oui dans la journée, quand je disais, quand je, ha oui oui quand j'avais une amie qui fumait, on s'installait dehors on discutait, c'était du plaisir quoi mais sinon à côté de ça il y en avait qui étaient vraiment débiles quoi. Quand je travaille, je prends ma voiture je fume à tire-larigot, des fois j'en prenais une je la fume à moitié et je la jetais. Et des fois je la jetai je me disais mais pourquoi tu l'allumais, tu avais pas le temps de la fumer, t'en avais pas envie tu, voilà
Vous en venez à regarder différemment
Ha oui oui ces moments. Quand je prenais l'avion, j'étais obligée de me patcher. C'était horrible
Vous avez du mal à rester dans une situation où vous ne pouviez pas fumer pendant longtemps
Ha oui si je change, si j'avais un changement d'avion, il fallait que je trouve le fumoir. Je descendais de l'avion, c'était la première chose à laquelle je pensais. Il me fallait le fumoir de l'aéroport
Peu importe où vous arriviez
Non, je regardais qu'il fallait pas que je loupe le changement d'avion bien sûr mais sinon à part ça je, c'était une obsession quoi vraiment
C'est vraiment comme ça que vous le regardez aujourd'hui, après-coup vous l'observez d'un peu plus loin, la façon dont vous agissiez avant, il y a un jugement assez négatif
Tout à fait, ha oui
Votre façon de percevoir ce que vous étiez avant
Ha oui, ha oui oui
Vous m'avez dit que vous avez déjà fait un arrêt en 2006 parce que vous avez été malade
Oui
Ca ça avait été une bonne raison pour vous d'arrêter
Oui, j'avais eu tellement peur mon pauvre, ça m'avait coupé l'envie de fumer (Rires), ha, j'avais tout donné. J'avais arrêté très facilement je crois, parce que j'ai dû reprendre sur une connerie en plus, de ça par contre je le sais maintenant, il faut pas que je retire une taffe. Si on retire une taffe, j'étais avec des copine un soir avec des cigarettes et elles me disent ça fait combien de temps que tu as arrêté. Alors j'ai calculé et tout je dis holala

je me rappelle même plus quand je fume alors voilà, j'avais plus de souvenirs alors je sais même pas ce que ça faisait. Je dis ho ben tiens fais moi tirer une taffe comme ça ça va me rappeler ce que c'est. Beau boulot ! J'ai replongé. Le lendemain, à l'époque il y avait encore des paquets de 10, vous savez les mini-paquets. Je suis allée acheter un paquet de 10 en me disant super, comme ça tu vas pouvoir en fumer une le samedi quand tu auras une sortie ou le vendredi. Mais en fin de compte le lendemain j'en ai fumé 2, le lendemain 3, 5 et je me suis racheté un paquet

Ca a été en augmentant au fil des jours

Ha oui mais en peu de temps hein. Pas en un mois, en 8 jours

en 8 jours vous repreniez ce que vous fumiez avant

Oui le paquet que je fumais avant, en 8,10 jours, là je vous dirai pas exactement mais, super rapidement. Je vous dis, le paquet de 10, il a dû me faire 3 jours et après c'était grave quoi bon j'en ai pas fumé 20 le quatrième jour quoi mais super rapidement quoi

Alors pour vous, il suffit d'une taffe et c'est reparti

Oui, une taffe

Même 6 ans après

Ouais, et là plusieurs fois, j'ai eu envie de me dire je vais en allumer une, je l'allume et puis je la jette quoi. Je peux pas, j'ai pas droit parce que après je vais refumer quoi

Vous vous dites que vous avez pas le droit

Ha ben oui et il faut pas que je retire une taffe parce que c'est foutu

Parce que par expérience vous avez vu une fois

Ha ben oui

Vous vous êtes rendue compte des conséquences

Ouais ouais.

Et la première fois quand vous avez arrêté. Enfin je pense que c'était la seule fois dont vous m'avez parlé

Oui oui j'ai arrêté mais sinon 5 jours, 4 jours

Cette maladie

J'ai fait un AVC, j'ai fait un AVC

Et vous faites lien avec la cigarette

Pas du tout, non non pas du tout, je. Ça a peut-être pas arrangé ça je vous l'accorde mais c'est pas du tout en lien avec, c'est que j'ai eu tellement peur que je me suis dit holala tu as fait ça il faut que tu arrêtes de fumer quoi parce que ça peut empirer ton cas mais tu eu la chance cette fois-ci, peut-être la prochaine fois tu en auras pas quoi donc c'est ça en fin de compte. C'est la trouille de la maladie qui m'a fait arrêter de fumer et puis là en fin de compte ça m'a aidé parce que quand j'étais à l'hôpital, que je pouvais pas mettre le pied par terre heu voilà quoi, j'étais enfermée je me suis dit. Et c'est la peur surtout

C'est la peur

Ha oui oui c'est la peur, c'est la peur, je peux vous dire que c'est la peur. En fin de compte la peur on oublie vite quand ça va bien après c'est ça

Parce que vous avez vu une différence en fait. Vous avez eu cet AVC, là ça vous a fait peur, ensuite cette peur s'est un peu estompée. Quand vous avez arrêté vous vous sentiez mieux

Ha oui oui j'ai pas pensé que, à mon AVC quoi

Et aujourd'hui vous y pensez ?

Ha oui à la santé oui aussi oui

Parce que là ce que vous me disiez c'est que finalement la cigarette, à défaut d'être la raison de l'AVC, en tout cas ça n'avait pas amélioré la situation

Toutes ces années que j'ai refumé ça a pas amélioré la circulation, la situation

C'est un joli lapsus que vous venez de faire

La circulation (Rires), ça circule sûrement moins bien, je suis d'accord

Vous me parliez que c'est pas bon pour la santé mais finalement c'est quoi les risques alors ?

Ben il y en a, tout ce qui est cardio-vasculaire, tout ce qui est pulmonaire, en plus je suis infirmière hein.

D'accord

Discrètement je vous le dis (Rires), en plus tout ce que je vois

Parce que vous en avez l'expérience du coup

Ha oui

Vous voyez les conséquences de la cigarette

Ha c'est sûr que je les vois les conséquences

Et ça vous fait quoi finalement d'être infirmière et de voir les conséquences et de fumer ?

On le sait mais, on n'y pense quand on est chez les gens mais une fois qu'on est sorti on allume la cigarette quoi. C'est plus fort que tout. C'est ça le pire. C'est terrible mais c'est plus fort que tout ce qu'on peut voir, cette femme de 52 ans qui est en fin de vie sur un cancer pulmonaire. Un soir je sors à 21 heures de chez une patiente c'était une jeune femme, qui était plus jeune que moi qui était en fin de vie sur un cancer du poumon, quelqu'un qui avait jamais fumé mais voilà. Je sors, j'en avais tellement marre, le stress, l'angoisse, je monte dans la bagnole, qu'est-ce que je fais, j'allume une cigarette, pour me faire du bien, pour me relaxer, pour me, mon téléphone sonne. Ma machine vient de s'arrêter, je remonte chez elle, je sentais la clope mon pauvre, j'avais tiré trois taffes d'affilée, je dis holala ça craint quoi, je sens la cigarette et je vais aller la soigner, je vais être obligé de m'approcher d'elle. Ça se sentait hein quand je fumais. Je lui ai dit excusez-moi j'ai allumé cigarette, elle me dit ha ben non non c'est pas grave. Mais j'étais pas ...

Vous étiez pas bien

J'étais pas à l'aise, j'étais pas à l'aise quoi.

Vous vous sentiez coupable non ?

Ouais ouais ouais je crois ouais, de dire. Elle a tout, c'est qu'elle est au bout et moi je clope. Alors des fois c'était les cigarettes aussi par plaisir mais (Souffle)

Pour se poser

Ouais, décontractantes, décontractantes, déstressantes heu plus que plaisir quoi

Il y a plein de types de cigarettes différentes

Plein ouais

Là ce que vous me disiez c'est plus fort que tout à chaque fois

C'est plus fort que tout ouais

Parce que pour en connaître les risques, de voir

Oui voir les gens qui sont malades et qui continuent à fumer quoi. J'ai vu des gens avec une trachéo la boucher pour fumer. Sur le coup je me dis mais il est taré, mais non la preuve

Quelque part vous les comprenez

Ha ben oui

Si on est pas fumeur, on ne peut pas comprendre

Ha ben oui et ouais non c'est, c'est vraiment une dépendance quoi. C'est vraiment une dépendance

Et à votre avis, qu'est-ce qu'ils pensent les gens autour de vous du fait que vous fumez

Qu'est-ce qu'il pensait que je fumais?

Ben mes frères et sœurs, mes deux sœurs n'ont jamais fumé donc elles étaient habituées quoi. Par contre là quand je leur ai dit que j'arrêtais, heu, déjà elles n'y croyaient pas alors que c'était quelque chose qui était normal pour moi. Pour elle c'était juste pas possible que, que j'arrête de fumer quoi. Même maintenant elles disent c'est vachement bien. J'étais avec mes deux hier après-midi, mes deux sœurs, elles m'ont dit alors regarde comme c'est bien et tout, tu as pas besoin de sortir fumer et tout

Donc elles valorisent finalement

Ha oui oui

Au début par contre elles n'y croyaient pas

Ha non mais comme, je l'avais dit combien de fois, je vous dis quand j'arrêtais 12 heures, elles se rendaient pas compte que j'avais arrêté elles, parce que à ce moment-là je les voyais pas moi donc elles n'y croyaient pas, même mon mari n'y croyait pas. Déjà, il me dit juste ce que tu as fait, ça tient du miracle quoi. Puis, je suis pas trop trop énervée quoi parce que des fois j'ai arrêté c'est lui qui aurait été m'en allumer une pour me dire vas-y fumes-en une parce que là ça va pas le faire quoi

Ca vous énervait ?

Bah j'étais tarée quoi.

C'est quoi que vous appelez tarée ?

Bah à parler, je veux dire je suis pas du tout du genre à parler, à m'énervier, tout ça jamais quoi. La cigarette par contre me faisait devenir folle quoi. Ha oui oui oui. C'est super dur

Oui, parce que finalement cette perte de contrôle vous l'avez à la fois dans le fait de fumer sachant toutes les conséquences et le faire malgré tout

Ouais

De cette difficulté là aussi, c'est vrai que ça fait beaucoup de choses où vous essayez d'avoir ce contrôle mais vous arrivez pas, ou c'est super dur, ce que vous appeliez tout à l'heure la dépendance

Ha ouais ouais mais il y a pas que les habitudes c'est sûr qu'il y a la dépendance quoi

Et là tout à l'heure quand vous me disiez, vous prenez l'avion, que vous preniez des patches, c'est quelque chose qui vous aidait dans la durée ?

Oui, j'en ai aujourd'hui

Là, vous en mettez

Là je suis patchée. Oui, j'ai pas essayé de pas en mettre

Vous pensez que vous en avez besoin ?

Par contre je dors pas avec parce que je supporte pas la nuit donc je l'enlève le soir, je l'enlève le soir et le matin donc quand j'arrive dans la cuisine ben le patch je le colle en premier. Je déjeune voilà, mais très vite, très très vite je, il faut que j'aille coller mon patch

Et vous le mettez après le petit-déjeuner, après un certain temps déjà

Oui

Oui environ une demi-heure

Au moment où avant vous fumiez une cigarette, maintenant vous ne faites rien et après vous mettez votre patch

Je lis mon journal et après je mets mon patch

Vous me disiez que vous ne le supportez pas pour dormir ?

Non non, je dors super mal et la fois que je l'ai dit au pharmacien il me dit c'est le patch alors je l'enlève mais la nuit il y a pas besoin, de toute façon j'ai jamais fumé la nuit même si je me levais, même si je ne dormais pas. Jamais c'est très rare quand je me relève la nuit ça a eu arrivé quelquefois mais jamais je me suis relevé pour fumer quoi donc je me dis la nuit je n'en ai pas besoin j'ai pas envie de fumer la nuit quoi

Parce que pour vous ce serait une étape supplémentaire de fumer la nuit, qu'est-ce que ça représenterait de fumer la nuit ?

J'ai jamais fumé la nuit moi. J'ai une copine moi, elle dort mal, elle se lève et fume une clope quoi moi j'ai jamais fait pour moi c'est sûr que oui c'est une étape supplémentaire, c'est une autre étape quand même

A voir la façon dont vous réagissez on dirait que c'est

Ha oui

Ca vous choque un peu

Ha oui, ha oui oui il y a des gens je pense qui fument la nuit mais moi jamais j'ai été épargnée de ça. Déjà avec tout ce que je fume la journée si en plus je fume la nuit vous imaginez c'est

Déjà ça vous paraissait énorme la journée alors si en plus il fallait en rajouter

C'est bon quoi

Et à part les patches, est-ce que vous connaissez d'autres moyens d'arrêter de fumer ?

Alors j'ai mon petit frère qui a arrêté de fumer il y a longtemps, maintenant il m'avait dit achète toi des espèces de gommes là vous savez mais je peux pas le goût c'est trop, trop fort, je peux pas. J'ai des petites mais, il est presque neuf mon paquet. C'est une petite boîte comme des tic-tac, vous savez des micros je sais pas quoi. C'est le pharmacien qui m'a vendu ça. Des toutes-petites billes blanches. Mais j'en ai pas utilisé

Pourquoi vous le utilisez pas trop ?

J'ai l'impression que ça me sert à rien, le tic-tac sont aussi efficaces quoi. Sur le coup quand j'ai envie d'une clope je mange un tic-tac ou je bois de l'eau

Vous vous êtes trouvé des petits trucs comme ça

Ouais

Comme boire de l'eau, ça vous aide

J'ai la bouteille d'eau ouais, ou les cochonneries aussi ça m'aide un peu (Rires)

Qu'est-ce que vous appelez des cochonneries ?

Les gâteaux, les bonbons mais bon j'ai toujours fait ça je me dis je vais manger un petit gâteau, ça va faire du bien. Je le faisais avant, même quand je fumais

Mais ça vous aide à gérer quand vous avez une envie de clopes

Ouais mais la bouteille d'eau ça marche bien et puis je vais essayer de me remettre un peu au sport. J'ai pris ma carte de piscine. Ce week-end j'étais pas là donc, je vais aller à la piscine nager un peu voilà. J'ai regonflé le vélo

Vous avez pris plein de bonnes résolutions

Ouais plein de bonnes résolutions, il faut que je me bouge un peu, puis ça va m'occuper aussi. C'est pas souvent que j'ai rien à faire mais bon. Je trouverai le temps

Vous allez avoir besoin de cigarettes si vous ne vous occupez pas ?

Si je vais nager j'aurai pas envie de fumer quoi parce que avant le peu de fois que je vais nager j'avais pas envie de cloper quoi donc je nageais, je forçais donc

Vous sentiez la cigarette niveau du souffle ?

Ha oui ça arrive, ça fait pas longtemps que j'ai arrêté de fumer, que je vais chez un patient 3 fois par jour il habite au quatrième sans ascenseur. Avant j'arrivais en haut je faisais des pauses maintenant j'arrive à monter quasiment au petit trot, j'ai essayé étape par étape et là j'y arrive quasiment, ce soir je vais essayer encore un peu plus vite. J'arrive de mieux en mieux quoi, ça par contre ça encourage alors qu'avant au troisième (Souffle) j'étais obligée de faire une pause

Vous étiez obligée de faire une pause et maintenant vous arrivez à monter au petit trot

Ha oui au quatrième là chez lui ouais quasiment au petit trot ouais, ça par contre on s'en rend vite compte

Et ça ça vous aide de vous rendre compte des effets

Ha oui ça fait du bien ça, ça encourage c'est ha oui pour monter les escaliers. Avant il y en avait un il est resté 12 jours sans ascenseur il habitait au huitième, on y allait trois fois par jour, le huitième ça fait haut

Et là vous arrivez à le monter ?

Bah j'y arrivais, il fallait bien que j'arrive puisque je devais le soigner donc il fallait bien que je monte au huitième mais là par contre je faisais plusieurs pauses, c'est haut le huitième sans ascenseur. Pour un sportif non mais moi oui. Non non mais il y a des trucs qui encouragent. Mes sous je les ai mis dans une boîte pour partir en voyage

Pour partir en voyage ?

Ha oui j'ai déduit les patches et tout ça parce que c'est comme si j'achetais des clopes ces conneries ça coûte cher en plus

Ca coûte cher ?

Ça par contre c'est pas bon pour le moral ça parce que quand tu vas acheter, 45 euros la boîte ça ce serait bien qu'ils

Ca vous fait plus que d'acheter votre cartouche à 65 euros ?

Non, ça fait moins mais pour quelqu'un qui fume qui est accro à la cigarette il se dit 45 euros, pour 20 euros de plus j'ai une cartouche. C'est énorme et c'est débile, c'est terrible ce que je vous dis là mais c'est ça c'est, tu te dis dépenser 45 euros, pour 45 euros j'aurais beaucoup de cigarettes

Vous faites la comparaison avec les cigarettes

Ha oui ! Ha oui ! Ha oui oui ! Ha oui ! Et je suis sûr qu'il y a beaucoup de gens qui le font

Vous pensez qu'il y a beaucoup de gens qui font cette comparaison ?

Ha oui, ça serait moins cher ce serait vachement bien, il y a que 50 euros qui est pris en charge par an

Si c'était moins cher ça ferait moins de cigarettes

Non mais dans le sens où on se dit si ça coûte que 20 euros c'est vrai que ça vaut le coup je paye 20 euros comme ça je fume pas de cigarette

Mais si on dit que 20 euros c'est 3 paquets de cigarettes ?

Oui mais c'est beaucoup moins que 45, c'est ça que je veux dire. 45 c'est cher quand même

Vous trouvez ça cher

Ha oui oui, bon je peux me les acheter c'est pas le souci mais

C'est pas le souci mais c'est dans le principe

C'est dans le principe

Vous faites la comparaison

Oui. Alors j'ai déduit mes achats comme ça, de mes cartouches que j'aurai achetées et je les garde

Tout ça pour faire un beau voyage

Ouais ça c'est motivant

Ca ça vous motive

Ha oui

Et est-ce que vous percevez d'autres effets que ce soit positifs ou négatifs qui sont liés au fait d'avoir arrêté ?

Non, il y a beaucoup de gens qui me disaient pour le goût mais personnellement non. Il y en a plein qui me disaient, tu verras tu auras vachement plus de goût quand tu mangeras. J'ai pas vu de choses vraiment remarquables quoi non.

Vous l'avez vu principalement au niveau du souffle alors

Oui, au niveau du souffle et l'aspect financier oui bien sûr puis heu c'est vrai qu'on a plus à se dire est-ce que tu as assez de clopes. Je partais en week-end je mettais 4 paquets dans la valise, dans le sac à main c'est. Il y a plus ça quoi, toujours se dire j'ai plus de clopes. Les clopes et le téléphone. Ouais je partais jamais sans ces deux trucs et le porte-monnaie.

Finalement, si on mettait bout tout ce que vous disiez par rapport à l'organisation et le fait de repérer ou est-ce qu'il y a des cigarettes, le paquet de clopes oui est-ce qu'ils sont, combien il y en a, le temps de fumer tout ça doit vous laisser vachement de temps libre ?

Exactement je fais plein de choses à la maison que je faisais pas avant. Ça prend du temps, 10 minutes à peu près une cigarette pour fumer une cigarette. Quand il gèle je devais en mettre 5 mais quand il faisait super beau je devais mettre 12 quoi, 12 minutes par cigarette c'est énorme. Même si vous comptez 8 minutes par cigarette c'est beaucoup de temps

Et vous avez réussi à gérer ce temps différemment, parce que ça a dû changer votre quotidien ?

Oui ben disons le matin avant je me levais quand j'allais au boulot, je partais à 6 heures, je me levais à 4h30 et il me reste du temps maintenant parce que je fumais 3 cigarettes avant de partir donc si vous comptez ça fait 20 minutes à peu près. À peu près hein, c'est pas chronométré bien sûr mais en 20 minutes j'ai le temps d'étendre une lessive ou de la ramasser ou de préparer un truc, de la bricole qu'on fait à la maison quoi enfin sans bruit parce que c'est le matin. On peut pas passer l'aspirateur mais franchement ouais

Et c'est bien ?

Bah c'est bien, c'est bien, c'est surtout le matin qu'on s'en rend le plus compte que dans la journée ou c'est différent parce qu'avant quand je partais pour une matinée comme aujourd'hui je faisais à manger mais je devais fumer 6 cigarettes dans la matinée. Là je me rends moins compte du gain de temps en fin de compte

Oui parce que vous faisiez sûrement autre chose en même temps

Voilà

Parce que vous fumiez aussi dans la voiture

Voilà voilà et sinon le soir à la maison mais c'est pareil, c'est surtout le matin où j'ai vraiment le gain de temps ou je peux faire autre chose à la place et sinon je me suis remis à la couture donc le soir je m'occupe

Oui, pour faire des choses que vous aimez à la place de ce temps-là

Oui oui oui, il vaut mieux

Tant qu'à faire

Oui tant qu'à faire (Rires). Si je me coltine que du ménage ! Ça va pas aller (Rires)

Quitte à se faire violence

Autant que ce soit mieux mais c'est dur

Est-ce que ça vous a apporté des choses de fumer par le passé, est-ce qu'il y a des moments dans votre vie où ça été plus important que d'autres d'avoir cette cigarette ?

Non, on dit, mais c'est sûrement pas vrai, aujourd'hui des gens qui fument pas diront quand il y a un coup dur, qu'il y a un gros coup de stress nous, les fumeurs on fume, on allume une cigarette pour aller mieux mais c'est pas, non jamais non

Pas particulièrement

Non

Parce que là, vous venez de dire nous les fumeurs

Vous vous sentez encore fumeur aujourd'hui ?

Non non mais quand j'étais fumeuse, des fumeurs c'est pareil, je veux dire quand on apprend une mauvaise nouvelle, quand on veut voilà quand il y a un gros truc ou un gros coup de stress on allume une cigarette pour se déstresser en fin de compte

Alors que les gens qui ne fument pas ils gèrent sans

Exactement exactement, ils font face, on ressent la même chose ou quasiment la même chose mais moi il me fallait une cigarette

Mais comment vous expliquez ça alors ? Est-ce que les gens qui ne fument pas ont plus de ressources pour faire face aux coups durs ou est-ce que c'est

C'est une facilité, c'est l'imagination ça, je veux dire, on dit on passait par exemple un concours ou des examens on sortait, je sortais et la première chose que je faisais c'était me jeter sur mes cigarettes.

J'ai l'impression que vous ne comprenez pas comment vous avez pu

Oui oui

Vous comporter comme ça comme s'il y avait en fait un décalage entre aujourd'hui et le passé

Ouais ouais ouais

Comme si vous étiez extérieure après coup

Quand des fois j'ai envie de fumer je me dis arrête arrête, comme tu as été con regarde, non non non c'est pas possible regarde ta voiture c'était une horreur quoi

Oui parce que vous êtes vachement négative finalement, c'était débile, j'ai été con de faire ça, vous êtes assez radicale dans votre manière de parler

Mais ça m'aide peut-être un peu aussi, tu vois je me dis ouais parce que si je dis c'était bien quand tu fumais ça va pas m'aider

C'est quelque chose que vous pourriez vous dire éventuellement alors du coup vous prenez le dessus en vous disant c'est débile

Non non mais c'est débile faut être réaliste. Remplir un cendrier de mégots qui puent c'est débile

D'un autre côté vous êtes entre deux, que oui c'est débile et ce que vous disiez tout à l'heure que vous arrivez pas à contrôler, que vous savez que c'est pas bien, vous mettez dans la balance ça coûte cher, c'est une connerie, ça n'apporte rien n'empêche que vous avez envie de vous allumer une clope. C'est deux niveaux de réalité qui sont différents en fait

Ouais en plus quand j'entends des gens qui disaient ça fait 10 ans que j'ai arrêté j'en ai encore envie. Je suis pas au bout de mes peines (Rires)

Ca vous stresse ?

Non ça me stresse pas mais je me dis c'est pas possible quoi

Vous avez peur de ne pas en voir la fin en fait

Ouais non non la fin je la verrai mais ça me fait drôle de fois disons d'avoir encore envie de clopes

C'est plus long que ce que vous attendiez

Oui je me disais ça doit pas être la même envie parce que des fois voilà j'en ai envie mais en 2, 10 secondes c'est fini. Des fois j'en ai envie, c'est pas 10 secondes que ça dure, c'est une demi-heure

Une demi-heure ça peut monter

Ouais j'exagère à peine

Il y a différents types d'envie alors

Oui, ha oui ça c'est bizarre

Et en quoi elles sont différentes, comment ça se caractérise

Déjà elles passent vite ou moins vite. Et c'est peut-être comment je suis moi je veux dire si je suis plus ou moins bien c'est, si je suis bien ça peut passer super vite et si je suis un peu moins bien c'est plus dur je pense

La façon dont vous êtes, ça va jouer sur l'envie

Je pense oui, je pense

Ce que je veux dire, c'est que ce type d'envie, il dépend de vous, de votre état, il dépend pas par exemple par exemple parce que vous avez senti l'odeur de cigarette

Non, non ça c'est sûr par contre

Des fois je sens rien du tout, il y a personne qui fume, rien. Je vois pas de cigarette, je vois pas de briquet je vois aucun truc et j'ai envie quoi. Et puis je veux dire il faut pas quand quelqu'un vient la maison, hier soir on a eu du monde et il y avait des fumeurs je suis sortie dehors un moment avec eux quoi parce que je me suis dit c'est pas en évitant tout que tu vas y arriver quoi et comme il faisait super beau en plus on était dehors quoi mais j'ai pas eu envie plus que ça. J'ai réduit un peu le café aussi parce qu'il y a plein de gens qui disent oui le café, c'est le café de l'envie de fumer

Vous êtes pas convaincue mais vous tentez

Ouais ouais ouais je me dis après tout ça me fera pas de mal d'en enlever un peu bon j'en buvais pas de quantité phénoménale mais bon

Et en regardant après-coup est-ce que vous fumiez à chaque fois que vous en aviez ?

Ha ben oui ben oui ça par contre oui c'est sûr, je sortais boire mon café dehors, je fumais ma clope quand j'étais chez moi parce que si je suis chez quelqu'un et que je buvais un café, je fumais pas

Et vous aviez envie ?

Non non j'ai jamais eu envie quand quelqu'un m'offre un café, jamais j'ai envie de fumer en même temps peut-être parce que c'est interdit aussi. Vous voyez ce que je veux dire je fume pas chez les gens ça se fait pas, on peut pas

C'est important d'avoir ces interdits parce que vous me disiez justement dans la maison c'est interdit, là quand vous allez chez les gens c'est interdit aussi, ça vous aide à gérer l'envie ?

Je sais pas si c'est le fait que ce soit interdit à la maison c'est plus après que, même quand j'avais été malade j'étais arrêté il y a pas longtemps je fumais encore, mon mari me dit comme tu peux pas te déplacer fume dans la cuisine. Même si j'avais pu voilà ça vraiment, fumer dans une pièce alors que je l'ai eu fait mais je pouvais pas c'était désagréable

Parce que c'est interdit

Ouais ouais parce qu'on est à l'intérieur, on fume plus. On fume plus c'est comme dans le train, c'était dur au début. On prenait le train pour aller à Paris à l'époque et quand ils ont interdit de fumer, avec une copine on prenait le train de 5h30 le Clermont Paris parce qu'il y avait des arrêts et on pouvait aller cloper je sais pas si vous voyez

Vous aviez le temps ?

On fumait qu'une moitié de cigarettes vous vous rendez compte je prenais le train d'avant, 32 minutes avant, pas le train de six heures qui est direct pour pouvoir aller cloper quoi. C'est chaud hein. C'est grave

Toujours ce même regard. C'est grave justement, ce que vous dites

Ha ben oui voilà

Est-ce que vous pouvez me parler de la cigarette électronique ?

Ouais j'ai essayé

Ouais

Alors là j'ai une copine moi qui arrête avec, elle a carrément arrêté les clopes. Elle a pris la cigarette électronique, elle a diminué la nicotine et au bout d'1 an elle a arrêté la nicotine, 1 an pile, parce que c'était son départ en vacances pendant deux mois elle l'a fumée sans nicotine et ça fait maintenant 8 mois, 8 ou 9 mois ouais ça fera 1 an au mois de juin qu'elle aura arrêté entièrement. J'y suis jamais arrivé moi j'avais les deux. J'avais des clopes plus la cigarette électronique

A la nicotine ?

Oui je fume une cigarette normale et la cigarette électronique alors je me suis dit au début bon tu vas fumer la cigarette électronique dans ta voiture déjà ça m'a amélioré l'espace de vie de la voiture c'était mieux quoi heu j'avais honte si j'étais obligé de mettre quelqu'un dans la voiture quoi

Déjà que c'était crade, que ça puait

Ca puait, et vous savez, les cendres même quand je la nettoysais quand même toutes les semaines, il y avait des cendres, des petits bouts de cendres partout quoi, ça s'envolait partout quoi donc heu j'ai dit je vais fumer la cigarette électronique dans la voiture déjà c'était une étape et puis après ben je fumerai la cigarette électronique, j'y suis jamais arrivé. Même dans la voiture, un jour, ça a dû durer une seule journée où j'ai fumé que la cigarette électronique dans la voiture. Après, le deuxième jour j'ai dû fumer la cigarette électronique puis j'ai dit aller j'en fume une petite. À ce moment-là ça été fini. Ça a pas marché du tout moi

Comment vous expliquez que ça ne fonctionne pas, qu'est-ce qui ne vous va pas en fait ?

Le goût, enfin c'est pas une cigarette quoi

Le goût de la cigarette c'est important

Ha ben oui vaut mieux pas, vaut mieux rien pour moi, il vaut mieux rien que la cigarette électronique pour remplacer une cigarette. Non, je m'y suis jamais fait moi

Et pour vous le fait de fumer en même temps que la cigarette électronique ça aurait été pour réduire en fait

Ouais

Voire pour arrêter

Au départ quand j'ai été l'acheter c'était pour arrêter je me suis dit donc d'abord tu vas arrêter de fumer dans ta voiture voilà quoi, mais ça a pas marché. Il y a des gens qui me disent d'aller faire de l'acupuncture c'est comme ça qu'on dit ? J'en ai jamais fait de ma vie donc je ne sais pas du tout, je sais pas si ça aide

Vous êtes en recherche d'une solution qui pourrait vous aider

Ouais qui pourrait m'aider un peu plus, que ce soit un peu plus facile on va dire

Parce que là pour vous c'est encore dur ?

Ha ben oui oui oui

Et ça vous arrive encore d'être tarée ?

Non ça va (rires)

J'utilise vos mots quoi

Oui oui il est juste quand même. Une fois on est parti avec mon mari en Guadeloupe heu j'avais le patch quand même j'ai fait un seul voyage sans patch et c'est tout. On arrive en Guadeloupe l'avion il avait une heure de plus parce qu'on était en vents contraires déjà. Juste d'entendre ça dans l'avion je me suis dit c'est pas vrai c'est bien ma chance heu on arrive là-bas pas de tapis roulant, vous savez pour récupérer et là-bas ils sont houla houla c'est pas Paris, Roissy. Ils sont coolos hein. Moi, j'étais pas du tout coolos! (Rires) et ben donc ils annoncent que les valises il y a un problème on aurait pas les valises avant au moins 1h30. Je dis à mon mari mais au moins 1h30 ils sont, ils sont tarés je vais pas attendre 1h30, je dois aller fumer. Je vous jure quand je vous dis tarée c'est le mot, mon mari me dit tu peux pas sortir Cathy, faut d'abord qu'on récupère les valises, qu'on passe aux douanes ou je sais pas quoi. Et après tu pourras sortir et fumer. Je lui dis tu récupéreras ma

valise je vais aller voir le gus là et je vais sortir. Je suis allée le voir, polie et tout, est-ce que je pourrais sortir, je dois aller fumer. Il me dit là vous n'avez pas récupéré votre valise vous êtes sur le vol machin oui oui bah il me dit non. Je lui dis mais attendez je vais pas attendre 1h30. Vous avez pas le droit de passer. Tarée quoi. J'ai cru que je devenais folle

Et alors vous ne lui avait pas sauté à la gorge ?

Je lui ai dit mais moi je passe quoi, si vous voulez pas me laisser passer, je passe ailleurs. J'ai essayé de passer. Non mais c'est pour vous dire jamais ça me viendrait à l'idée de faire un truc pareil, de passer dans un petit trou, dans un machin, tarée

Vous ne vous reconnaissez pas

Non. Quand je suis sortie avec ma valise (Rires) j'ai foutu la valise par terre mais j'étais tarée quoi pour une cigarette. J'ai foutu la valise, je me suis assise dessus je me suis jetée sur ma clope. Je dis à mon mari je te préviens on me donnerait un voyage je dirais non tellement que, truc de fou quoi. Il me dit je te jure tu m'as foutu la honte. Tu as foutu la honte quoi (Rires). Il m'a dit heureusement je connaissais personne

Vous avez attendu 1h30 quand même

Bah j'étais obligé, à en pleurer quoi, à en pleurer, vous vous rendez compte, à en pleurer je dis. Truc de fou quoi. Comme un gamin qui fait un caprice quoi, pareil. J'en ai pleuré, j'en ai pleuré. Quand je me suis assise sur ma valise j'en ai pleuré quand j'avais la cigarette, vous imaginez

C'était presque une souffrance de pas l'avoir

Je sais pas ce que c'était mais c'était grave

C'était la première fois que ça vous faisait à ce point-là

Ha oui oui oui

Et alors ça ne vous a pas interpellée par rapport à la dépendance ?

Ben si, mais bon en plus je parlais en voyage, c'est pas comme si j'allais un truc terrible où vous voyez ce que je veux dire

Oui c'était pas quelque chose de l'anxiété ou du stress

Non c'était pas, oui oui j'étais zen je veux dire enfin non j'étais pas zen mais j'avais tout pour pour être bien sauf que j'avais pas de clope

Et à votre avis aujourd'hui, qu'est-ce qui fait qu'une personne va réussir à arrêter ou pas ?

Sûrement la volonté

Oui la volonté

Ouais, je pense

Il n'y a que ça qui entre en ligne de compte ?

Ca doit jouer en très très grande partie je pense après, l'argent, le coût que ça. On te dit après, tu seras libre, c'est bien d'être libre c'est heu voilà, on pense à tous ces trucs

Ouais alors il faut garder ces aspects positifs, ce côté financier

Oui oui

Se dire qu'on va être libre

Oui et ne pas oublier le côté négatif justement de fumer

Oui il faut avoir les deux. Il faut garder les côtés positifs de l'arrêt et ceux négatifs de fumer

Ha oui oui

Et la volonté

Ha oui la volonté. C'est la volonté qui fait beaucoup. Je vais y arriver

Vue la façon dont vous regardez déjà le passé

Je vais y arriver oui

Il n'y a pas de raison. Et qu'il y a d'autre sujet en rapport avec le tabac dont on aurait pas encore parlé aujourd'hui et qui vous paraîtrait important ?

Non, on a bien fait le tour, mais moi je me suis rendu compte qu'il y a des trucs que j'avais pas pensé, tout ça quoi. C'est pas mal, même pour moi, c'est bien

Tant mieux si ça peut vous aider. Ça vous donne un autre regard par rapport à votre arrêt

Oui et d'écouter les questions, ha oui j'avais jamais bien réfléchi à ça, non non c'est bien, je regrette pas

En tout cas je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien