

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

Policlinique médicale universitaire
Lausanne

CARRIERES DE FUMEURS

Facteurs entravant ou facilitant
l'abandon de la cigarette

Giovanna Meystre-Agustoni, Jacques Cornuz

Citation suggérée : Meystre-Agustoni G, Cornuz J. Carrières de fumeurs : facteurs entravant ou facilitant l'abandon de la cigarette. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999 (Raisons de santé, 34).

Etude financée par : Office fédéral de la santé publique, Berne.

Auteurs : Giovanna Meystre-Agustoni, Unité d'évaluation de programmes de prévention, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
Jacques Cornuz, Unité de prévention, Institut universitaire de médecine sociale et préventive et Policlinique médicale universitaire, Lausanne

Remerciements : Nous remercions les collaborateurs de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, grâce auxquels nous avons pu entrer en contact avec les personnes interrogées.

Nous remercions également l'équipe de l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents au Centre hospitalier universitaire vaudois de Lausanne (CHUV) ainsi que le Département de médecine du personnel du CHUV qui nous ont mis en contact avec certains de leurs patients.

Enfin, nous remercions chaleureusement toutes les personnes qui ont accepté de raconter leur vie avec le tabac, sans lesquelles ce travail n'aurait pas pu être réalisé.

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIERES

	Résumé	1
1	Introduction	9
2	Méthodes	11
	2.1 Les entretiens	11
	2.2 Sélection des informateurs et collectif étudié	11
3	Résultats	13
	3.1 Installation dans la consommation	13
	3.1.1 Commencer à fumer pour imiter	13
	3.1.2 Commencer à fumer pour faciliter la communication	16
	3.1.3 Commencer à fumer pour le plaisir	16
	3.1.4 Commencer à fumer pour d'autres motifs	17
	3.1.5 Connaissance des risques associés à la consommation	17
	3.1.6 Réactions de l'environnement	18
	3.2 Evolution de la consommation	21
	3.2.1 Augmentation durable de la consommation	21
	3.2.2 Réduction durable de la consommation	23
	3.2.3 Maîtrise	26
	3.2.4 Changement de marque	27
	3.3 Tentatives d'interruption de la consommation et récidives	28
	3.4 Place de la cigarette dans le fonctionnement individuel	30
	3.5 Facteurs susceptibles de provoquer une réduction de la consommation ..	36
	3.5.1 Risques sanitaires associés à la consommation de cigarettes	36
	3.5.2 Grossesse et maternité	38
	3.5.3 Interdictions, mise à l'écart des fumeurs	39
	3.5.4 Bonnes manières	40
	3.5.5 Coûts	42
	3.5.6 Imitation	42
	3.6 Rôle du médecin (ou du personnel de santé)	42
	3.6.1 Constaté	42
	3.6.2 Attendu	44
	3.7 Stade atteint (selon Prochaska)	47
	3.8 Arrêter de fumer : facteurs facilitants	49
	3.8.1 Conditions susceptibles de provoquer la décision de renoncer à la cigarette	50
	3.8.2 Aides nécessaires pour arrêter de fumer et prolonger l'abstinence	51
	3.8.3 Trouver les moyens de s'ajuster à l'absence de la cigarette	52
	3.9 Obstacles sur le chemin de l'abstinence	54
	3.10 Connaissance des méthodes de désaccoutumance	56
4	Discussion	61
5	Annexe : guide d'entretien	67
6	Bibliographie	71

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

La Suisse compte environ 1,7 million de fumeurs et de nombreuses personnes exposées à la fumée d'autrui. Réduire le nombre des fumeurs – et des personnes exposées à la fumée passive – aurait un impact favorable sur l'incidence des maladies cardio-vasculaires, respiratoires et tumorales. Arrêter de fumer constitue toutefois une démarche difficile. Une grande partie des nombreuses tentatives d'arrêt entreprises chaque année dans le pays se soldent par un échec. Les conditions qui entourent ces tentatives ainsi que les échecs subséquents sont mal connues.

OBJECTIFS

L'étude s'inscrit dans le contexte du programme global " tabac " de l'Office fédéral de la santé publique. Il s'agit d'une enquête qualitative auprès d'un collectif de fumeurs afin de mieux comprendre leurs perceptions des mécanismes de la dépendance à la nicotine, les motifs qui poussent un individu à commencer à fumer et à poursuivre sa consommation, ainsi que les obstacles sur le chemin de la désaccoutumance. L'étude vise en particulier à permettre d'apprécier l'intensité du sentiment de dépendance et la manière dont certains fumeurs expriment leur lassitude par rapport à celle-ci. Enfin, l'étude vise à établir les attentes des fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer et à mettre en évidence les lacunes qu'ils perçoivent au niveau de la prise en charge.

MÉTHODES

Vingt-sept personnes ont raconté leur histoire de fumeur lors d'entretiens semi-structurés en face à face à l'occasion desquels il leur était notamment demandé d'établir ce qui pouvait expliquer leur choix de fumer, les variations survenues dans leur consommation, les tentatives d'abandon et les échecs de celles-ci (voir grille d'entretien en annexe). Le collectif a été recruté dans des services médicaux universitaires (consultations ambulatoires). Vingt-trois personnes y étaient patients et quatre y travaillaient en tant que professionnels de la santé.

RÉSULTATS

Population

Le collectif comprenait douze femmes. L'âge de ses membres s'étalait de seize à quatre-vingts ans. Les niveaux de formation étaient variables.

Les membres du collectif ont été catégorisés en fonction de leur attitude par rapport à une éventuelle interruption de consommation : ceux qui n'envisagent aucun changement dans leur comportement appartiennent au sous-stade "pré-contemplation 1" ; ceux qui manifestent une intention affirmée de mettre un terme à leur consommation mais qui n'ont aucune idée du moment où ils la concrétiseront appartiennent au sous-stade "pré-contemplation 2" ; ceux qui pensent modifier leur comportement dans les six mois suivant l'entretien appartiennent au stade "contemplation" et ceux qui envisagent un changement dans le courant du mois suivant l'entretien appartiennent au stade "préparation". (Tableau 1).

Tableau 1 Répartition du collectif dans les différents stades du processus de changement

Stade	n
Pré-contemplation 1	10
Pré-contemplation 2	13
Contemplation	2
Préparation	2

Début de la consommation

L'âge au début de la consommation s'étale entre douze et vingt-six ans. La moitié du collectif a commencé à fumer avant seize ans. La raison invoquée par la plupart des participants était le **besoin d'imiter autrui**. Chez les fumeurs les plus précoces, ce sont généralement des camarades un peu plus âgés ou des pairs valorisés qui servent de références. Les pressions plus ou moins explicites exercées par certains camarades ainsi que le **besoin de se conformer aux normes du groupe d'appartenance** apparaissent aussi comme des raisons pour commencer de fumer. Deux dimensions sont principalement évoquées à ce propos : la "connivence" qui s'établit entre des personnes se livrant à la même activité et la "contenance" que la cigarette permet de se donner quand on n'est pas très sûr de soi. Les parents ne sont en revanche pas cités parmi les personnes dont les jeunes fumeurs auraient cherché à imiter le comportement. La publicité apparaît rarement comme un facteur dont les participants perçoivent consciemment l'influence dans leur décision de se mettre à fumer quand bien même celle-ci véhicule l'image de pairs. Les fumeurs qui associent les débuts de leur consommation à la recherche de plaisir sont rares.

La plupart des membres du collectif estiment qu'ils étaient informés des dangers associés à la cigarette lorsqu'ils ont initié leur consommation. Certains d'entre eux pouvaient se référer à l'expérience de membres de leur famille, atteints dans leur santé en raison de leurs habitudes tabagiques. Au début de leur consommation, la majorité des informateurs ont par ailleurs été exposés aux recommandations ou interdictions formulés dans leur environnement (parents, milieu scolaire, normes sociales). Si ces "signaux" ont pu les pousser à dissimuler leur consommation ou à la limiter, aucun n'a exercé un rôle dissuasif. Les nouveaux fumeurs tendent à considérer qu'ils étaient suffisamment maîtres de leur consommation pour échapper aux risques associés à la fumée ou que le risque d'en être victimes ne les concernait pas. Quant aux messages préventifs, ils étaient généralement jugés peu crédibles car émanant la plupart du temps d'adultes fumeurs. D'une manière plus particulière, les parents fumeurs étaient souvent perçus comme peu efficaces dans leur rôle de conseillers, se révélant maladroitement lorsqu'il s'agit

de détourner leurs enfants de ce à quoi il ne renoncent pas eux-mêmes. Ils s'autocensurent, évitent d'aborder le thème de la fumée ou choisissent d'interdire purement et simplement la fumée plutôt que de discuter des risques qui lui sont associés et d'utiliser leur propre exemple pour illustrer combien il est difficile de se désaccoutumer. Ils préfèrent souvent feindre de ne rien avoir vu plutôt qu'intervenir lorsque leurs enfants fument. Passé l'âge de la scolarité obligatoire, les parents baissent généralement les bras et renoncent à toute intervention en se référant au libre-arbitre de l'adolescent ou du jeune adulte.

En conclusion, les influences parentales ou d'autorités supérieures semblent n'avoir eu que peu d'effets sur la plupart des fumeurs néophytes, par opposition à l'exemple des pairs. Plusieurs informateurs ont également clairement affirmé que rien ni personne n'aurait pu les empêcher de commencer à fumer.

Consolidation de la consommation

Après une phase plus ou moins longue de consommation modérée, les fumeurs "néophytes" passent au stade de "fumeur confirmé" et augmentent sensiblement la quantité de cigarettes fumées par unité de temps. Aux yeux des informateurs, cette transition renvoie avant tout à l'accroissement des moyens financiers, à la levée de certains interdits (familiaux et scolaires notamment) ainsi qu'au remaniement de l'organisation du temps allant de pair avec leur accession à un nouveau statut social (apprenti, étudiant). Quelques membres du collectif attribuent l'augmentation de leur consommation à des difficultés de nature psychosociale (difficultés familiales, problèmes relationnels ou professionnels) qui les poussent à chercher une sorte de dérivatif dans la fumée. Rares sont ceux qui voient dans cet accroissement une conséquence de la dépendance nicotinique, c'est-à-dire les conséquences d'une accoutumance.

Evolution de la consommation

Une fois consolidée, la consommation de cigarettes est généralement caractérisée par des variations de deux ordres : fluctuations autour d'une tendance centrale d'une part, modifications des habitudes perceptibles dans la durée d'autre part.

Les informateurs attribuent le premier type de fluctuations à des événements ou situations tels que le type d'activité qui les occupe (travail plus ou moins astreignant, période d'examens, vacances, loisirs, activité sportive, etc.). Certains y voient la preuve de leur capacité à s'adapter aux conditions de l'heure et en déduisent parfois qu'ils maîtrisent leur consommation.

Les modifications durables survenant au niveau de la consommation sont imputées à des bouleversements plus significatifs des valeurs, des connaissances ou du mode de vie des fumeurs. Le passage à des cigarettes dites légères renvoie la plupart du temps à une prise de conscience des risques que la fumée fait courir à la santé du fumeur lui-même. Les augmentations de consommation sont souvent rapportées à des situations durables de difficultés psychologiques ou de "vide" (périodes de service militaire) tandis que les diminutions renvoient à des périodes plutôt sereines (absence de problèmes intrapsychiques ou relationnels), souvent caractérisées par des satisfactions d'ordre affectif, ainsi qu'aux pressions de l'environnement (interdictions de fumer sur le lieu de travail, interdictions de fumer dans les espaces publics à l'instar de ce qui est exigé dans des pays tels que les Etats-Unis ou la France).

Toujours dans le long terme, certains fumeurs – surtout parmi les plus jeunes – s'efforcent de maîtriser leur consommation. Ils expliquent ce choix en se fondant sur des motifs liés à l'image qu'ils donnent d'eux-mêmes (ne pas passer pour un fumeur dépendant) ainsi que sur des motifs financiers.

Perception de sa consommation par le fumeur

Avec le temps, le rapport que le fumeur entretient avec la cigarette évolue de manière sensible. Ce qui l'avait initialement amené à fumer n'est que rarement ce qui l'incite à continuer. L'imitation d'autrui n'est pratiquement plus évoquée pour expliquer la consommation. La place que la cigarette occupe dans l'existence du fumeur se modifie également. Les membres du collectif constatent qu'elle est nettement plus " présente " que ce n'était le cas au début de leur consommation. Ils notent aussi que fumer peut prendre des significations très différentes selon les circonstances.

La plupart des fumeurs divisent leur consommation entre " fumée-plaisir " et " fumée-contrainte ". Pour la plupart, la dimension " plaisir " est souvent associée à une petite partie de la consommation seulement : la première cigarette de la journée, celles qui sont fumées après les repas ou dans des moments de détente, cette fonction de plaisir pouvant être transférée sur d'autres produits (cigare, haschisch). L'autre partie de la consommation – quantitativement la plus importante – est assez nettement subie. Elle concerne les cigarettes fumées " par habitude ". Cette part de la consommation n'est pas explicitement rattachée à la dépendance nicotinique. Les propos des informateurs ne permettent pas d'établir exactement ce qu'ils savent ou éprouvent à ce sujet. Certains évoquent le caractère réflexe ou machinal de leur consommation. Ils parlent de l'acte de fumer comme d'un élément de leur gestuelle. D'autres rattachent leur consommation à la recherche permanente de sensations gustatives et olfactives.

La distinction entre " plaisir " et " contrainte " n'épuise pas le champ des significations données à l'acte de fumer. Sont en outre évoqués la fonction stimulante de la cigarette et son association avec des travaux intellectuels valorisés (lire, rédiger, réfléchir), son aptitude à faciliter la communication et à créer un sentiment de communion entre les fumeurs partageant un lieu et un moment, son rôle de béquille psychologique permettant d'affronter la dépression et le stress, de faire le vide en soi ou de s'abstraire de situations difficilement supportables ou encore sa capacité à influencer sur la perception du temps (par exemple en écourtant les moments d'ennui). Certains estiment que leur consommation de cigarettes a fini par devenir un trait de leur personnalité qui les assigne à une sorte de catégorie sociale (" les fumeurs ") et leur impose d'en adopter les valeurs et comportements.

Tentatives d'interruption de la consommation déjà effectuées

Deux tiers environ des membres du collectif ont tenté une fois au moins d'abandonner la cigarette. Certains ont multiplié les essais. Deux catégories de faits sont avancées pour expliquer la décision de mettre un terme à sa consommation. Les premiers ont un caractère purement conjoncturel (indisponibilité de la marque fumée, impératifs budgétaires, interdictions, paris). Les seconds sont plus " impliquants ". Ils renvoient aux risques que le fumeur perçoit pour sa propre santé et ceux qu'il veut éviter de faire courir à autrui, en l'occurrence les effets de la fumée passive sur le fœtus ou le tout petit enfant. La fumée passive imposée à d'autres adultes ne paraît la plupart du temps pas avoir constitué une source de préoccupations et une incitation à mettre un terme à sa consommation. Certains fumeurs ont interrompu leur consommation au moment où ils nouaient une relation amoureuse, sans pour autant en avoir été priés par leur nouveau partenaire. Ils attribuent généralement leur abstinence aux satisfactions psychologiques tirées de cette liaison. Les procédures utilisées pour se désaccoutumer sont diverses. Les tentatives de sevrage " à sec " sont les plus fréquentes. Plusieurs fumeurs ont recouru à des méthodes recourant à l'administration de nicotine sous différentes formes (patches, chewing-gum, spray nasal). Quelques-uns ont recouru à des méthodes orientées vers la maîtrise de la dépendance psychologique (dans le cadre de

“ thérapies de groupe ”) ou à des méthodes d'essence “ comportementaliste ” (pastilles révélsives, cigarettes sans tabac combinées avec des renforcements positifs).

Motifs pouvant inciter à renoncer de fumer

La prise de conscience de l'**impact de la fumée sur la santé** constitue l'une des motivations majeures pour envisager de mettre un terme à sa consommation. La plupart des fumeurs admettent – théoriquement du moins – que la cigarette nuit à leur santé. Ils sont toutefois assez nombreux à minimiser le risque effectivement couru. Ils invoquent à cet égard leur consommation modérée, l'absence actuelle de conséquences négatives perceptibles ou les principes de la statistique (une probabilité n'équivaut pas à une certitude). Il faut que le stimulus soit fort et que le fumeur se sente sérieusement menacé pour envisager sérieusement d'arrêter de fumer. La menace doit être grave et imminente ou actuelle.

La **perspective d'une grossesse** constitue une autre raison d'interrompre sa consommation. L'objectif des fumeurs consiste essentiellement à protéger le fœtus voire le nourrisson. Le renoncement à fumer est cependant perçu comme limité à quelques mois (éventuellement aux toute premières années de vie de l'enfant).

Les restrictions de plus en plus nombreuses limitant la liberté de fumer sont considérées par certains comme une aide dans le processus de désaccoutumance. Plus généralement, ce sont les **bouleversements survenus au niveau de l'acceptation sociale des fumeurs** qui exercent un effet. Plusieurs fumeurs ont évoqué le sentiment d'être devenus des parias. Ils disent avoir pris conscience que le comportement du fumeur – autrefois presque érigé en norme sociale – était désormais devenu objet de critiques. Certains en viennent à ne plus se supporter comme fumeurs et à souffrir des conséquences de leur comportement sur l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et qu'ils donnent à autrui (gestuelle, odeur de fumée froide, etc.). Dans le même ordre d'idées, plusieurs informateurs pensent que le besoin de se conformer à l'évolution des valeurs qui tend à faire du “ non-fumeur ” la **nouvelle norme sociale** peut constituer un facteur de changement. Ce point de vue est caractéristique de personnes ayant déjà une “ carrière de fumeur ” relativement longue derrière eux. Certains perçoivent des similitudes entre l'influence que leur environnement a exercé sur les débuts de leur consommation et celle qu'il pourrait avoir en les amenant à renoncer à la cigarette.

le prix des cigarettes n'apparaît pas comme un facteur susceptible de déterminer l'arrêt de la consommation, mais pourrait contribuer à la modérer.

Principaux obstacles sur la voie de la désaccoutumance

Si les fumeurs se passeraient volontiers des cigarettes dont la consommation leur paraît machinale et dépourvue de sens, renoncer à celles dont ils perçoivent l'utilité (par exemple comme “ béquille psychologique ”) ou dont ils tirent encore du plaisir (après les repas) paraît nettement plus problématique. A ces résistances s'ajoute encore la crainte que les tentatives de désaccoutumance débouchent sur des échecs démotivants ou sur des effets secondaires négatifs (prise de poids en particulier, mauvaise humeur). Enfin, certains fumeurs prennent prétexte de l'absence de tout problème actuel de santé pour renvoyer la décision de mettre un terme à leur consommation.

Les membres du collectif donnent souvent l'impression de **méconnaître le rôle de la dépendance** comme cause d'échec des tentatives de désaccoutumance. Cette notion – avec tout ce qu'elle comporte comme implications en termes de malaise physique et de probabilité de récurrence – n'est évoquée que par une minorité d'entre eux.

Conditions à réunir pour réussir à arrêter de fumer

Se référant à leurs propres expériences ainsi qu'à celles rapportées par des personnes de leur entourage, les membres du collectif mettent avant tout l'accent sur **la motivation et la volonté**. Ces deux conditions apparaissent souvent à la fois comme nécessaires et suffisantes pour réussir à se désaccoutumer. Elles sont constitutives des désaccoutumances "à sec". A ce titre, elles sont opposées aux démarches utilisant des "méthodes" (quelle que soit la nature de celles-ci : substitution nicotinique, désaccoutumance psychologique ou d'inspiration comportementaliste, etc.).

Plusieurs informateurs mettent l'accent sur le fait que **la fumée est profondément enracinée dans leurs structure psychique, dans leur vie quotidienne et dans leur champ comportemental** et que seuls un bouleversement de ceux-ci pourrait ménager une opportunité de changement. La solution pourrait venir d'une psychothérapie permettant de résoudre les problèmes dont la consommation de tabac trahit l'existence. Elle pourrait résulter de changements radicaux opérés dans la vie quotidienne (déménagement impliquant une rupture totale avec le mode de vie, l'environnement social et les habitudes dans lesquels s'inscrit la consommation).

En tout état de cause, **les tentatives d'arrêter de fumer doivent être suivies d'effets favorables sur la santé pour pouvoir se prolonger**. Les conséquences positives de l'interruption devraient avant tout consister en une amélioration de l'état de santé notamment évaluée sur la base des performances physiques – meilleure résistance à l'effort – ou sur la base de signes tels que sentiment général de bien-être ou fraîcheur du teint.

Désaccoutumance : connaissance des méthodes basées sur la substitution nicotinique

Par expérience personnelle ou par oui dire, la plupart des fumeurs ont connaissance d'une ou de plusieurs de ces méthodes (avant tout les patchs et les chewing-gum). **Faute d'une connaissance suffisante du processus de dépendance, le rôle de ces produits est mal compris**. Les échecs rencontrés par les personnes ayant utilisé ces méthodes (échecs personnels ou échecs de tiers) sont généralement attribués à la méthode "qui ne marche pas" plutôt qu'à la difficulté intrinsèque de l'entreprise.

Désaccoutumance : rôle des médecins

La majorité des patients considèrent normal que les médecins s'intéressent à leur consommation de tabac et s'attendent à que ce thème soit abordé dans le cadre de la consultation. La plupart des membres du collectif déclarent néanmoins ne pas attendre grand chose de leur part. Ils ne pensent pas leur demander de l'aide lorsqu'ils envisagent de renoncer à fumer. Le médecin devrait se limiter à constater voire à formuler quelques recommandations "en passant", en tenant compte autant que possible de ce que le patient est disposé à entendre sur le moment. A l'opposé, quelques patients ont des attentes importantes. Ils souhaitent que leurs habitudes tabagiques soient prises en compte mais de manière à être mises en perspective avec la totalité de leur situation. A cette condition, ils accepteraient une attitude plus "intrusive" de la part du corps médical. Certains estiment que l'intérêt dont ils pourraient être ainsi l'objet de la part de leur médecin les encouragerait à chercher à renoncer de fumer pour lui faire plaisir.

Dans la pratique, la plupart des membres du collectif ont surtout fait l'expérience de médecins qui se limitaient à leur poser quelques questions sur leur consommation dans le cadre de l'établissement de l'anamnèse ou à leur donner quelques conseils. A cet égard, la crédibilité des médecins qui diffusent des conseils préventifs tout en exhibant un paquet de cigarettes est sérieusement diminuée aux yeux des patients.

Sauf dans certaines situations où l'état de santé du patient était gravement compromis par ses habitudes tabagiques, les conséquences du tabac sur la santé, la question de la dépendance ou l'aide que le médecin est en mesure de fournir ne sont pas abordées "de routine" dans le cadre de la consultation. Deux des trois médecins faisant partie du collectif étudié confirment qu'ils se comportent – ou se comporteraient – de la manière décrite par les autres personnes interrogées. A moins que le patient ne manifeste clairement sa demande d'aide, ils se bornent à se renseigner sur ses habitudes, estimant ne pas avoir à aller spontanément au delà de sa demande formelle. Deux exceptions sont toutefois mentionnées : les adolescents dont la consommation paraît exagérée et les patients dont l'état de santé dégradé peut être mis en relation avec leur habitudes tabagiques.

CONCLUSIONS

Les fumeurs entretiennent un rapport complexe et changeant avec la cigarette. Leurs habitudes actuelles sont le résultat d'un processus qui s'inscrit à la fois dans leur histoire personnelle et dans l'évolution de la place de la fumée dans la société. Une proportion relativement élevée de fumeurs se déclarent insatisfaits de leur situation et envisagent de manière plus ou moins déterminée de mettre un terme à leur consommation ou de la réduire. Relativement conscients du type de relations qu'ils entretiennent avec la cigarette, ils identifient la plupart des obstacles qui peuvent rendre problématique la démarche de désaccoutumance. Le mécanisme de la dépendance nicotinique et ses implications en termes d'échec du processus de désaccoutumance sont toutefois largement méconnus. Cette ignorance conduit les fumeurs à surestimer l'efficacité de leur seule volonté (sevrages "à sec") et à se détourner des méthodes susceptibles de faciliter l'accès à l'abstinence (substitution nicotinique). Des clarifications pourraient être apportées dans le cadre de la consultation médicale. Or les fumeurs ne sont généralement pas "demandeurs". Pour leur part, les médecins ne s'estiment en principe pas en droit d'aller au delà de la "plainte" du patient.

La gravité objective des conséquences sanitaires du tabagisme requiert un engagement accru de la part des médecins. Pour utile qu'elle soit, la simple diffusion de recommandations standard ne suffit pas. Les patients paraissent majoritairement disposés à accepter que le médecin se montre plus exigeant à condition de ressentir un réel intérêt de sa part pour leur situation. Compte tenu de la grande diversité qui prévaut entre les fumeurs, la diffusion de conseils personnalisés et la mise en œuvre de démarches de désaccoutumance devraient mettre la consommation de tabac en perspective avec le fonctionnement global du patient et tenir notamment compte de la dimension temporelle (prendre en considération la succession des événements qui aboutissent à la situation actuelle).

1 INTRODUCTION

La Suisse compte près de 1.7 million de fumeurs¹. La réduction de leur effectif — et les bénéfices qui en résulteraient en matière de prévalence des maladies cardio-vasculaires, respiratoires et tumorales² — constitue un enjeu fondamental de santé publique.

Bien tolérée socialement, source de profits importants pour l'économie privée et les collectivités publiques, la consommation de tabac a constitué — et continue de constituer — un comportement ne prêtant pas le flanc à la critique. Fumer constitue un acte banalisé. L'impression prévaut que ce choix est facilement réversible. Une observation plus attentive montre toutefois que tel n'est pas le cas et que renoncer à la fumée ne va pas sans de grandes difficultés.

Une meilleure connaissance de la nature et de l'étendue des problèmes sanitaires associés à la consommation de tabac, la crainte d'en être soi-même victime ou d'être responsable de ceux survenant à son entourage (fumée passive), le constat personnel de la nocivité du tabac, le déplacement de certains idéaux sociaux (l'image positive du 'fumeur' est en train de se ternir) amènent de nombreux fumeurs à mettre en cause leurs habitudes tabagiques et à chercher à y renoncer.

Chaque année, de nombreuses personnes essaient d'arrêter de fumer. Durant les douze mois précédant l'édition 1992/1993 de l'Enquête suisse sur la santé, 520 000 personnes avaient arrêté de fumer et s'étaient abstenues de toute cigarette pendant au moins deux semaines. Une année plus tard, 425 000 d'entre elles avaient recommencé à fumer³. On estime que le taux prolongé d'abstention se situe entre 3 et 6% par année. C'est extrêmement peu pour un comportement que l'on prétend facilement réversible.

La dépendance à la nicotine explique partiellement l'importance du taux de récurrence. Depuis quelques années, le manque de nicotine peut être compensé par des apports indépendants de la cigarette (chewing-gum à la nicotine, patchs transdermiques, spray nasal). L'évaluation de ces méthodes de prise en charge démontre toutefois que leurs bénéfices — importants si on les met en parallèle avec l'effectif considérable des fumeurs — ne profitent pas à tous, tant s'en faut. D'autres pistes doivent être explorées.

L'Office fédéral de la santé publique a mis en œuvre un programme global 'Tabac' comprenant un volet intitulé 'Connaissances en terme de désaccoutumance tabagique et ajustement entre la demande et l'offre'. Trois démarches composent ce dernier : une enquête téléphonique au sein de la population générale entreprise par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Berne, une enquête par questionnaire conduite auprès de quelque trois cents patients fumeurs et ex-fumeurs de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne ainsi que l'étude qualitative faisant l'objet du présent rapport. Réalisée entre 1997 et 1998, celle-ci consiste en une approche qualitative d'un collectif de fumeurs.

Le but de cette recherche consiste à mieux comprendre les mécanismes de la dépendance, les motifs qui poussent un individu à commencer à fumer, ceux qui l'incitent à poursuivre sa consommation, ceux qui constituent des obstacles sur le chemin qui pourrait le conduire à la désaccoutumance. Il s'agit aussi d'apprécier l'intensité du sentiment de dépendance et la manière dont certains fumeurs expriment leur lassitude par rapport à celle-ci. Il convient enfin de s'enquérir des attentes des fumeurs qui souhaitent se désaccoutumer ou qui cherchent à le faire, de comprendre ce qu'ils attendent de la part des services de santé et de mettre en évidence les lacunes qu'ils perçoivent dans la prise en charge. Se référant au *Transtheoretical model of health behavior change* de Prochaska et DiClemente^{4,5} l'étude doit en outre permettre de clarifier les rapports que le fumeur entretient avec la cigarette et la place que celle-ci occupe dans son 'économie psychologique'.

2 MÉTHODES

2.1 LES ENTRETIENS

Les données ont été récoltées à l'occasion d'entretiens en face-à-face, semi-structurés et en profondeur (cf. grille d'entretien en annexe). Les entretiens ont été enregistrés (audio) puis retranscrits. Leur durée moyenne était d'une heure. L'entretien le plus bref a duré trente-cinq minutes, le plus long deux heures et demi.

Les entretiens abordaient différentes phases de l'histoire du fumeur. La première portait sur la période durant laquelle les habitudes tabagiques se sont installées : stimuli auxquels le fumeur néophyte était exposé (influence familiale, influence des pairs ou influence sociale), obstacles qui auraient pu l'empêcher de commencer à fumer ainsi que renforcements ou inhibitions qu'il aurait pu ressentir (comment la fumée a-t-elle été accueillie au sein des milieux sociaux 'signifiants' où il évoluait). L'attention portait ensuite sur l'évolution de la consommation de cigarettes entre le moment où l'habitude était apparue comme solidement installée et le moment où survenait la première phase de contemplation du *Transtheoretical model of health behavior change* développé par Prochaska^a : évolution de la consommation et facteurs auxquels le fumeur rattache ces modifications. Enfin, les informateurs étaient invités à décrire les 'lézardes' ayant pu apparaître dans leurs habitudes de consommation : éventuelles tentatives infructueuses d'abandonner la cigarette, motivations, stratégies mises en œuvre pour se libérer de leurs habitudes, obstacles à l'aboutissement de ces tentatives.

Pour les personnes en phase de pré-contemplation^b, l'intérêt portait sur leur connaissance des bénéfices personnels attendus d'une hypothétique interruption de la consommation, sur leur connaissance des ressources disponibles et sur leur compréhension des obstacles les faisant pencher en faveur de la poursuite de leur consommation. Pour les sujets en phase de contemplation^b ou de préparation^b, l'intérêt portait sur leur compréhension des facteurs ayant joué en faveur de l'interruption (bénéfices attendus), sur l'identification des obstacles susceptibles de faire échouer l'opération ainsi que sur leur connaissance des structures susceptibles de les appuyer dans cette démarche.

2.2 SÉLECTION DES INFORMATEURS ET COLLECTIF ETUDIÉ

Etre fumeur et pouvoir s'exprimer en français ou en italien constituaient les deux conditions d'éligibilité à l'étude. Les personnes ont été recrutées dans trois structures différentes :

- Polyclinique Médicale Universitaire (PMU)
- Service de la médecine du personnel du Centre hospitalier universitaire vaudois de Lausanne (CHUV) ;
- Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA) du CHUV.

^a Cf. définition des stades de 'pré-contemplation', 'contemplation' et 'préparation' à la section 3.7, 'Stades atteints (selon Prochaska et al)'

Vingt-sept personnes ont été interviewées. Dix-neuf patients de la PMU, cinq personnes consultant ou travaillant au Service de la médecine du personnel du CHUV et trois patients de l'UMSA.

Des difficultés majeures sont apparues à l'occasion du recrutement. Une proportion élevée des patients de la PMU ont refusé de participer à l'étude. Il a d'autre part été difficile d'atteindre ceux qui avaient accepté pour fixer un rendez-vous. Enfin, huit personnes ne se sont présentées ni au premier, ni au second rendez-vous fixé avec elles. Deux d'entre elles ont accepté d'avoir un entretien après deux rendez-vous manqués. Ces difficultés expriment combien les fumeurs peuvent être mal à l'aise lorsqu'il s'agit d'évoquer leurs rapports avec le tabac. Accessoirement, elles pourraient également traduire leur crainte que l'entretien constitue une forme de reproche formulé à l'endroit de leur consommation de cigarettes et qu'il puisse déboucher sur un sevrage.

Les personnes interviewées représentent majoritairement une population de 'patients' consultant pour des problèmes de santé aigus ou chroniques (et non pour un check-up), puisque vingt-trois d'entre elles se trouvaient dans cette situation. Le reste du collectif est constitué de personnes issues du milieu médical ou paramédical.

Le tableau 1 présente quelques caractéristiques socio-démographiques des personnes interviewées.

Tableau 1 Principales caractéristiques des personnes interviewées

Sexe	hommes	15
	femmes	12
Age	< 20 ans	3
	20-29 ans	3
	30-39 ans	9
	40-49 ans	4
	50-59 ans	5
	60-69	2
	>70	1
Formation	école obligatoire	7
	apprentissage	11
	école professionnelle	3
	université	6

Au moment de l'entretien, la consommation quotidienne moyenne des membres du collectif variait entre sept et quarante cigarettes.

3 RÉSULTATS

3.1 INSTALLATION DANS LA CONSOMMATION

Il est souvent malaisé de déterminer avec précision les débuts de la consommation de cigarettes. Aucune définition (quantité minimale par unité de temps, inhalation ou non de la fumée) n'était proposée dans le cadre des entretiens. Les informateurs ont généralement marqué une différence entre leurs premières expériences — souvent isolées ou très épisodiques — et l'installation d'un rapport plus étroit à la cigarette. Pour beaucoup d'informateurs, le passage d'un stade à l'autre semble réalisé lorsque le novice commence à inhaler la fumée. Assez souvent, les toute premières expériences précèdent de quelques années le début de la consommation proprement dite.

La moitié des membres du collectif ont vraiment commencé à fumer alors qu'ils étaient encore en âge de scolarité. L'âge minimal au début de la consommation régulière est de douze ans et l'âge maximal de vingt-six ans.

Les motivations des novices sont diverses : besoin d'imiter, souhait de donner une certaine image de soi, volonté de s'affirmer, plaisir, absence de résistance face aux pressions du groupe, envie de faciliter la communication, solution à des problèmes psychologiques.

3.1.1 Commencer à fumer pour imiter ...

L'imitation constitue l'explication la plus souvent avancée par les personnes qui ont commencé à fumer alors qu'elles fréquentaient encore l'école obligatoire. Leurs modèles sont principalement de trois ordres : les pairs, des personnes de leur entourage investies d'un prestige particulier, des 'figures' désincarnées (renvoyant parfois au contenu des messages publicitaires ou à des personnages de cinéma).

3.1.1.1 ... les comportements des pairs

Le besoin de se conformer au comportement de ses pairs est ressenti de manière particulièrement vive. Certains novices se mettent à fumer sans trop y réfléchir parce que leurs camarades le font.

C'était pour faire un peu comme les autres. Quand quelqu'un fumait, je disais : 'est-ce que je peux avoir une cigarette ?'. Ce n'était pas tellement parce que j'avais envie de fumer en arrivant là. C'était parce qu'ils fumaient, alors je fumais aussi. Je faisais comme eux et j'étais donc un peu comme eux. (2)

Se mettre à fumer peut aussi constituer le résultat de pressions explicitement exercées sur les non-fumeurs pour qu'ils sortent de leur isolement et se conforment à la norme. Ceux qui ont subi ce type de pressions peuvent à leur tour chercher à influencer des camarades non fumeurs.

Si je ne fumais pas, ils disaient à chaque fois 'prend, fume ; t'es nul si tu ne fumes pas !' (...) Ensuite, à mon tour, comme je fumais, j'aurais bien aimé que les autres fument aussi. Maintenant [à 16 ans], ça ne me fait plus rien si

j'ai des copains qui ne fument pas. Mais avant je le voulais. On est une bande de copains alors on fume tous. (1)

La tendance à l'imitation de pairs dicte aussi le choix des cigarettes. Les écoliers qui commencent à fumer paraissent peu sensibles aux messages publicitaires. Ils se réfèrent plus volontiers à la marque qui se fume dans leur entourage.

Je n'ai pas été attiré par le paquet des Marlboro light [que j'ai fumées]. L'attrance des couleurs et tout ça c'était plutôt pour les Camel. Mais j'ai vu des copains fumer des Marlboro light et j'ai acheté des Marlboro light. (1)

3.1.1.2 ... des personnes admirées

Avec l'avancement en âge, le besoin d'imiter s'articule autour de modèles plus connotés affectivement. L'admiration vouée à certains camarades, souvent un peu plus âgés, peut inciter les novices à se mettre à fumer.

Quelques jours après [le camp de ski], on s'est retrouvés dans les bistrotts de la Cité entre midi et deux heures. Les garçons jouaient au poker — donc j'ai commencé à jouer au poker, j'étais une petite fille bien sage à l'époque — et une fois, un jeune du groupe m'a proposé une cigarette. J'avais déjà vu les gens allumer des cigarettes, donc je savais le faire et j'ai fumé. Mais sans avoir le désir de fumer. On s'est moqué de moi : 'on voit que tu ne sais pas fumer, la fumée ça s'avale etc., etc.'. Le samedi, je suis restée à la maison pendant que mes parents faisaient les courses. Je suis allée au magasin de tabac, j'ai cherché le paquet de cigarettes que fumait mon copain — je ne savais même pas la marque, mais je me rappelais du type et de la couleur du paquet : c'était jaune et rouge, c'était des Parisiennes ou des Marocaines, je ne me rappelle plus, mais des brunes françaises. Je me suis mise sur le balcon, les allumettes et le paquet, 'on y va ma fille, lundi tu leur en bouches un coin !' J'essaie la première, je toussais. J'essayais de me rappeler les gestes qu'ils faisaient. Mon frère arrive 'mais qu'est-ce que tu fais, tu es malade'. Et j'étais mal, mais j'étais mal ! Je suis allée aux toilettes mais je n'ai pas vomi, je me suis fait un thé et je me suis remise sur le balcon avec mon paquet. J'ai recommencé mes essais. Et lundi à midi [*gestes pour montrer comment elle s'affiche devant le groupe de son copain, cigarette entre les lèvres, en avalant la fumée*], c'était parti ! Ça a été le départ. Depuis je n'ai plus arrêté. Je ne mets pas la faute du tout sur le copain de l'époque, ça aurait pu se produire d'une autre manière, avant comme après. Mais il est vrai que cela a rendu la cigarette quand même quelque chose de beaucoup plus attachant, ça c'est produit à une époque de beaucoup de commencements. (7)

Le choix d'une marque de cigarettes suit la même logique. On se rallie aux préférences de ceux que l'on admire. Il s'agit toutefois moins de 'faire comme les autres' que d'éviter un choix susceptible d'être mal jugé par les personnes dont on souhaite recevoir l'approbation.

J'ai commencé à fumer pour ne pas être isolé des copains. Tous mes copains fumaient. VéloMOTEUR et Marlboro, ça faisait bien. Au Luna Park, quand les filles te demandaient 't'as une Marlboro ?', t'aurais eu l'air con de dire non. (22)

3.1.1.3 ... des modèles désincarnés

Se créer un personnage constitue l'un des motifs qui peuvent conduire à fumer. Paraître plus que son âge est important pour les écoliers. L'effet obtenu semble encore plus marqué quand le néophyte choisit des cigarettes fortes et qu'il affiche une consommation importante. Se donner l'impression d'avoir gagné quelques années suffit généralement à combler le jeune fumeur. Parfois cependant, le prétendu surcroît de maturité conquis grâce à la consommation de cigarettes permet d'accéder à des dimensions nouvelles de l'existence, à l'instar de cet adolescent qui peut combler la différence d'âge qui le sépare de sa petite amie.

J'ai vraiment commencé à fumer vers quatorze ans et demi et j'ai fumé tout de suite pas mal. J'ai commencé parce que, à l'époque, j'avais une petite copine plus âgée que moi — elle avait dix-huit ans — et j'avais besoin de me donner une contenance et de me rajouter des années. Physiquement, je les avais. Mais pour le reste ... je n'avais même pas quinze ans. J'ai commencé à fumer avec elle, d'horribles cigarettes au menthol d'ailleurs. (9)

La cérémonie de la 'confirmation' a joué un rôle important pour les informateurs les plus âgés. On peut parler à son propos de véritable rite de passage qui autorisait les adolescents à adopter des comportements d'adultes sans encourir les foudres de leurs parents, du milieu scolaire ou, plus généralement, de l'environnement social. Les plus jeunes informateurs ont moins évoqué cet événement. C'est plutôt à la transition entre la scolarité obligatoire et la vie active — ou l'entrée au gymnase — qu'ils attribuent ce rôle charnière entre les comportements d'enfant et ceux d'adulte. A cette occasion, ils prennent du champ par rapport à l'école ou par rapport aux parents. Parfois source de conflits avec ces derniers, la consommation de cigarettes semble contribuer à la construction d'un moi autonome.

Pour certains, la transition vers un statut d'adulte va de pair avec l'identification à certains modèles. A cet égard, le choix d'une marque de cigarette peut être tout à fait déterminant. Ce choix permet parfois de catégoriser les fumeurs selon des critères 'socio-politiques' (no 7). Parfois, la référence est plutôt de nature professionnelle (no 9). Enfin, le choix d'une marque peut aussi renvoyer à l'identité sexuelle du fumeur (no 26).

La marque de la cigarette était importante. A l'époque, on ne franchissait pas la porte du Barbare ou du F.R.U. en fumant des Chesterfield ou ces machins américains de 'capitalistes pourris'. La marque des cigarettes vous situait : vous étiez gauchiste ou pas, vous étiez BCBG ou pas. (7)

Je me souviens que c'étaient des cigarettes qui venaient juste de sortir. Il y avait des photos de journalistes/reporters sur le paquet. A l'époque, c'était ce que je voulais devenir. Donc je m'identifiais complètement et ça me plaisait beaucoup d'avoir ce paquet avec de telles images. Je m'identifiais à ça et je fumais ça. Cette marque, avec ces photos et un paquet sur lequel c'était marqué 'take a break in the rush', ça me plaisait beaucoup. Je me souviens encore aujourd'hui de cette phrase. (9)

Il fallait des blondes. Parce que les brunes ça faisait un peu mec, ça faisait aussi un peu péquenot. Et je sentais que les femmes ne fument pas des brunes, comme les femmes ça ne boit pas de bière. Enfin, maintenant ça ne choque plus, mais avant, une femme avec son demi, ça faisait le même effet qu'une femme avec des brunes. Ça ne se faisait pas quoi. (26)

Les personnes qui commencent à fumer au delà de vingt ans ne fonctionnent pas très différemment. Elles paraissent toutefois un peu plus sensibles à — ou plus conscientes de — l'effet de la publicité et des valeurs (stéréotypes) que celle-ci véhicule. Elles recourent en outre

à des références culturelles (personnages de cinéma notamment) que n'utilisent pas les personnes dont la consommation a débuté plus tôt.

Après coup, j'ai réfléchi et je me suis rendu compte que, mine de rien, l'image que j'avais du fumeur ou de la cigarette était une image très superposable à celle que nous donne la publicité. (...) A ce moment-là [adolescence], j'étais opposé à la cigarette, je ne l'aimais pas, je faisais du sport et je n'ai pas touché à la cigarette pendant des années et des années. Il me semble que j'ai été influencé par la publicité répétitive à laquelle on est exposé et par l'image positive du cow-boy, de la virilité attachée au fait de fumer qui m'a vraiment imprégné. C'est aussi sous l'influence de ça que j'ai commencé à fumer. (13)

En Suisse, j'ai fumé des Primeros à l'époque. Elles étaient extrêmement fortes et peu répandues. (...) J'avais vu une fois la publicité des Primeros. C'était un poing qui frappait sur la table. Ça m'avait impressionné. Ça donnait une impression de force. Je me suis dit que je voulais en essayer une fois et ça m'a plu. (14)

3.1.2 Commencer à fumer pour faciliter la communication

Fumer lorsqu'on se trouve en compagnie ne s'explique pas exclusivement par le désir d'imiter le comportement des autres. Plusieurs informateurs évoquent l'apport de la cigarette au niveau de la qualité de la communication. En gommant quelques différences interindividuelles, la consommation de cigarettes semble abaisser les obstacles qui perturbent l'échange^b.

Il y avait beaucoup de facteurs, mais notamment le facteur social : on discute avec des gens et si l'autre est fumeur, on a tendance à prendre plus facilement une cigarette pour se sentir plus proche, ça facilite la communication. Les premières cigarettes que des amis m'ont offertes, c'était lors de sorties ou de soirées où les relations sociales sont importantes. (13)

3.1.3 Commencer à fumer pour le plaisir

Les personnes pour lesquelles les débuts de la consommation de cigarettes s'inscrivent d'emblée dans une perspective de plaisir sont rares, tout particulièrement parmi celles qui ont commencé à fumer précocement. Le plaisir apparaît généralement comme un bénéfice secondaire de la consommation (3). Il peut cependant avoir été consciemment recherché (4).

J'ai commencé à fumer vers douze ans. C'était quelques cigarettes lors d'un camp de vacances. J'aime beaucoup le goût des cigarettes, le goût qui reste dans la bouche parce que je n'avale pas la fumée. (3)

J'ai commencé à fumer relativement tard, vers vingt-deux ans. Je devais être en deuxième année de médecine. Pourquoi et comment, je ne me rappelle plus exactement. Ça devait être entre deux périodes d'examen, donc même pas dans une période de stress mais plutôt dans une situation de plaisir. Ce n'était pas tellement parce que j'étais entourée de fumeurs.

^b L'importance de la cigarette en matière de facilitation des échanges est également abordée à la section 'Place de la cigarette dans le fonctionnement individuel'

Tout à coup, j'ai eu envie de fumer. C'était une période de ma vie où j'en avais envie, comme à d'autres périodes on peut avoir envie de chocolat. (...) J'aimais le parfum du tabac. Peut-être que, mon père étant un fumeur de pipe, j'ai toujours aimé le parfum du tabac. (4)

3.1.4 Commencer à fumer pour d'autres motifs

Pour quelques informateurs, les débuts de la consommation ne sont pas explicitement associés au désir d'imiter leurs pairs ou d'autres modèles. L'informateur no 8 est ainsi tout à fait conscient d'avoir recherché dans la fumée une solution à ses problèmes psychologiques ou, à tout le moins, une manière d'en limiter l'impact. Une autre personne (no 26), dont le père est décédé d'un cancer attribué à une importante consommation de cigarettes, perçoit sa propre consommation comme une sorte de défi.

Pourquoi est-ce qu'on se drogue [fumée] ? J'ai quand même l'impression que c'est pour pallier soit à des frustrations, soit un non-contrôle d'émotions, des choses comme ça qui font que la drogue permet de mettre tout ça dans un nuage de fumée, soit d'atténuer, soit de tricher un petit peu quoi. De tricher soit avec des frustrations, soit avec des excès d'émotions je pense. C'est deux choses très importantes. (8)

Que mon père soit mort d'un cancer, j'ai toujours vécu ça comme une injustice, surtout à quatorze ans. A quelque part, fumer c'était prouver au bon Dieu ou je ne sais pas à qui que si c'était arrivé une fois, ça n'arriverait pas deux fois dans la même famille et que si je fume, je ne mourrais pas d'un cancer. C'était comme une vengeance aussi. Maintenant peut-être moins, mais adolescente c'était faire exprès quelque part. Parce que j'étais sûre que ça ne m'arriverait pas à moi. (26)

3.1.5 Connaissance des risques associés à la consommation

La connaissance des risques associés à la consommation du tabac aurait pu constituer un motif d'abstention. Tel n'a pas été le cas. Tout au plus certaines personnes ont-elle préféré choisir de fumer des cigarettes légères et pourvues de filtres.

L'information relative aux dangers du tabac est assez largement diffusée et cela depuis de nombreuses années. Ainsi l'informatrice no 5 — qui a commencé à fumer il y a une vingtaine d'années — peut-elle attester avoir été d'emblée au courant des risques associés à la fumée, notamment à travers des informations diffusées dans le cadre scolaire. Elle observe toutefois que les campagnes antitabac n'étaient pas encore à l'ordre du jour. L'informateur no 14 — qui a vécu en Hongrie — confirme que les connaissances relatives aux dangers de la fumée étaient accessibles. Parmi les voix discordantes, on relèvera les propos d'un adolescent en fin de scolarité qui ne se souvient pas que le sujet 'tabac' ait été abordé autrement que sous l'angle de sa culture.

Les risques m'étaient déjà connus (...) à travers l'école (...) de façon très succincte quand même, parce qu'on n'avait pas encore vraiment de campagnes antitabac au collège. Je dirais qu'on commençait à en parler, mais qu'on n'avait pas d'informations officielles dans un cours ou autre. (5)

En 1971 et en Hongrie, ce n'était pas un sujet comme aujourd'hui. Ceux qui fumaient, fumaient, ceux qui ne fumaient pas, ne fumaient pas. Personne n'en parlait. Mais il y a quand même très longtemps que j'ai entendu parler des problèmes de santé, déjà en Hongrie : le cancer du poumon, la toux. Plus tard, j'ai entendu parler des maladies cardio-

vasculaires. C'est vrai qu'on savait depuis longtemps, mais c'était comme une légende un peu lointaine. Pas comme aujourd'hui. Pas officiellement. C'était l'opinion privée de quelques personnes. (...) Cela n'avait aucun impact sur moi. (14)

Simultanément à leur exposition à des informations concernant la nocivité du tabac, plusieurs informateurs ont vécu des expériences directes avec des personnes atteintes de maladies imputables à la fumée. Certains ont vu des proches mourir de cancer du fumeur alors que d'autres — médecins ou infirmières — ont à s'occuper professionnellement de tels malades.

Les informations à disposition ne sont généralement pas considérées comme pertinentes par ceux qui se mettent à fumer. Certains considèrent que leur consommation n'est pas suffisamment importante pour les exposer à un risque sérieux de maladie (13). D'autres écartent tout danger en se fondant sur une vision simplificatrice des statistiques (26), sur une idée 'd'immunité familiale' (présence, dans leur environnement — familial — de personnes âgées ayant beaucoup fumé sans en avoir été affectées), sur la sentiment qu'une habitude partagée par un grand nombre de personnes ne peut être dangereuse ('tout le monde fume, alors je me dis que ce n'est pas si grave' — [2]) ou sur l'impression que le danger possède un caractère abstrait et qu'il concerne essentiellement 'les autres'. D'autres enfin estiment que c'est la prise de risques qui rend l'existence digne d'être vécue et la combinent avec un sentiment de toute puissance (8).

Les informations que j'avais reçues n'ont pas eu un grand effet parce que j'ai toujours été persuadé que le tabac est nocif. Mais je me disais tout le temps que ce n'était pas pour très longtemps, que je m'étais laissé prendre mais que j'allais arrêter tout de suite. (...) Mais j'avais vingt-six ans, j'ai donc commencé à fumer tardivement et, à mes yeux, ça ne représentait pas un grand risque à ce stade là. (13)

Je me dis 'moi j'ai déjà eu mon père ; dans ma famille proche il y en a déjà eu un, ce n'est pas possible qu'il y en ait deux'. Je sais que c'est absolument nul comme raisonnement, mais je ne peux pas penser autrement. En fait, ça m'empêche de me dire 'mais je suis conne, mon père est déjà mort de ça, il faut que j'arrête'. Non ! je me dis 'de toute façon il y en a déjà eu un, il ne va quand même pas y en avoir deux !'. (26)

Je pense que j'étais déjà conscient de la nocivité du tabac mais avec la conscience de l'adolescent. Lorsqu'on est adolescent, on se sent immortel ; la mort c'est pour les autres, le vieillissement c'est pour les autres. En tout cas moi, j'avais ce côté casse-cou, aussi en planche à voile. Les accidents, la mort, la maladie c'est pour les autres, ce n'est pas pour soi. (8)

3.1.6 Réactions de l'environnement

Se mettre à fumer des cigarettes expose le néophyte aux réactions de son environnement. Deux cadres jouent à cet égard un rôle particulièrement important : la famille et l'école.

A deux exceptions près, les membres du collectif sont tous issus de familles où l'un des parents au moins était fumeur. Dans la moitié des cas, les deux parents l'étaient. Dans trois situations, le parent qui fumait avait cessé toute consommation avant l'adolescence de l'enfant.

D'une manière générale, les parents sont opposés à ce que leurs enfants fument avant la fin de leur scolarité. Offrir une cigarette à un enfant en pensant le dégoûter à tout jamais de la fumée constitue une attitude rare. Les réactions des parents d'enfants d'âge scolaire consistent essentiellement en comportements de protection (interdictions ou conseils d'abstention). Les

enfants sont toutefois sensibles aux habitudes tabagiques de leurs proches et, sans les considérer comme des modèles — contrairement à ce qu'il advient des pairs ou de quelques 'grands' particulièrement valorisés —, ils estiment que leur propre consommation les disqualifie. En dépit de leur perception de l'ambiguïté des messages de prévention formulés par des fumeurs, les écoliers demeurent sensibles à la relation d'autorité. Ils craignent ainsi les réactions — punitions — de leurs parents ou des enseignants.

C'est ma grand-mère qui a découvert un paquet de cigarettes que je tenais caché. Grande histoire. Les casseroles ont volé. Mes parents m'ont fait la grande morale, mais je leur ai dit qu'ils étaient mal placés, avec leurs cigarettes. (3)

Quelques parents admettent toutefois que leurs enfants d'âge scolaire fument à domicile. Certains d'entre eux favorisaient même cette solution, ayant ainsi l'impression de mieux contrôler la situation. C'est notamment le cas de la mère de l'informatrice no 26 qui préfère que sa fille fume à la maison plutôt qu'ailleurs, en dépit des problèmes de santé imputables à la fumée dont souffre son mari.

Mon père était un grand fumeur. Il est mort d'un cancer de la gorge — il avait une canule — qui s'est étendu aux poumons puis à l'estomac. Mais tout a débuté avec la cigarette. On l'appelle le cancer du fumeur. Quand on a commencé à fumer — j'ai deux frères plus âgés qui fument aussi - ma mère disait 'je préfère qu'ils viennent fumer leurs clopes à la maison plutôt que d'aller se cacher Dieu sait où, qu'ils fassent des conneries, qu'ils fouttent le feu etc'. Donc elle préférait qu'on soit à la maison. Ce qui fait que j'avais des copines, qui ne pouvaient pas fumer à la maison, qui venaient fumer chez nous. Chez nous c'était un vrai fumoir ! Mais ma mère se disait 'ça ne sert à rien que je le leur interdise, elles iront fumer leurs clopes ailleurs. Autant qu'elles le fassent à la maison, je sais qu'elles sont là, elles fument une cigarette et écoutent de la musique, je sais ce qu'elles font'. Mon père vivait encore mais pour peu de temps. Je me rappelle qu'il était déjà décédé lorsqu'on a vraiment fumé. (26)

Passé l'âge de la scolarité obligatoire, les réactions des parents perdent leur caractère d'interdictions. Les parents fumeurs — et on a vu qu'ils étaient nombreux — estiment ne pas pouvoir montrer leur désaccord et souvent il n'y a pas de discussion.

A seize ans — il y a trois mois — j'ai dit à mes parents que je fumais et ils ont bien réagi. Je croyais qu'ils allaient me gronder ou me faire la morale. Quand je l'ai dit, ma petite sœur a dit 'quoi, tu fumes !'. Et ma mère a dit 'je pense qu'elle fume avec ses copines, mais c'est normal; et puis on fume aussi, on ne peut rien dire'. Moi j'étais étonnée. J'étais soulagée, ça c'est bien passé. Mais on discute en effet assez peu de ça. (2)

L'attention se porte alors sur certains inconvénients de la cigarette — avant tout les odeurs — ainsi que sur la quantité fumée. L'ambiguïté prévaut toutefois souvent dans les démarches des parents, certains critiquant les habitudes de leurs enfants tout en leur offrant des cadeaux sous forme de cigarettes.

Mes parents n'ont jamais eu une attitude très claire et puis, finalement, c'était difficile d'interdire dans une famille de fumeurs. Non, on n'en a, en fait, jamais vraiment discuté. Je me rappelle certaines remarques de mon père 'tu sens la cigarette' et des choses comme ça, mais pas de véritables discussions. Comme gros fumeur, il lui était difficile de m'interdire de fumer. En plus, il avait en général une attitude pas très ferme, peu précise.

Il n'avait pas une position très claire par rapport à ce genre de problèmes. (8)

Quelle que soit l'attitude des parents — interdiction ou tolérance — les membres du collectif sont presque unanimes à déclarer que rien ni personne n'aurait pu les faire renoncer à la cigarette. Les remontrances — surtout celles formulées par des parents fumeurs — peuvent même provoquer, à la limite, des réactions opposées et renforcer le néophyte dans sa volonté de consommer des cigarettes.

Je suis certaine d'une chose : si mes parents avaient interdit à ma sœur de fumer, j'aurais fumé à seize ou dix-sept ans. C'est justement parce qu'ils ont été tolérants que je n'ai pas fumé. Pour moi c'est clair : non seulement ma sœur fumait et je ne voulais pas faire comme elle, mais en plus, comme mes parents l'avaient laissée faire — je crois qu'elle avait dix-huit ans quand elle a commencé et mes parents nous avaient dit : jusqu'à dix-huit ans, vous ne fumez pas mais vous ferez ensuite comme vous voudrez — c'est vrai qu'on parlait moins des effets secondaires à l'époque — mais je pense que si mes parents m'avaient interdit de fumer, j'aurais fumé par protestation. (4)

Il est toutefois frappant de constater que certains informateurs regrettent de ne pas avoir eu des parents plus fermes et qu'ils s'efforcent — ou disent vouloir s'efforcer — de dissuader leurs propres enfants de commencer à fumer.

Je pense que si j'avais eu un discours un peu plus ferme de mes parents ... pas une interdiction mais un discours un peu plus ferme ... Parce qu'on ne nous a jamais vraiment dit non. Alors qu'il y avait d'autres choses qu'on n'avait pas le droit de faire — je n'avais pas des parents hyper-libéraux et tout ça —, ils ont été un peu laxistes pour la cigarette. Ce n'est pas du tout un reproche, parce que je ne sais pas si je n'aurais pas fumé, on essaie justement souvent de contrer ses parents à l'adolescence. Mais je me dis que si mon père - en fait, on ne parlait pas trop de la maladie de mon père, ni du pourquoi - s'il avait essayé de me parler (mais il avait une canule) et de me dire 'tu vois où j'en suis', peut-être cela m'aurait-il fait réfléchir beaucoup plus. (...) Je vais profiter de la petite erreur que mes parents ont peut-être commise, c'est-à-dire je vais expliquer beaucoup plus clairement à mon enfant que, s'il veut fumer, il fumera parce que je ne veux pas le lui interdire mais aussi lui dire 'ne fume pas parce qu'on peut en mourir, tu n'as pas connu ton grand-père parce qu'il est mort de ça, tu souffres avant de mourir et pense aussi que plein de gens autour de toi souffriront quand tu mourras'. (26)

Au delà des réactions des parents, les nouveaux fumeurs peuvent également mesurer l'effet de leur comportement sur un environnement social plus large. On a vu plus haut que c'est souvent de cet environnement — les pairs — que proviennent les impulsions qui déterminent à fumer. Dans certaines circonstances, le regard des autres peut toutefois être aussi vécu comme un reproche.

Au début, j'étais gêné car je me disais que les personnes que je croisais dans la rue allaient penser 'il est jeune et pourtant il fume déjà !'. On voit aussi au regard. On voit que les gens nous regardent allumer une cigarette, nous regardent tirer dessus. (1)

Des réactions marquent également les inconvénients de la cigarette pour l'environnement social. Son odeur peut notamment constituer un obstacle lorsqu'il s'agit d'approcher des personnes de l'autre sexe.

Avec les filles, ça ne marchait pas très bien parce qu'elles n'aiment pas tellement l'odeur. Et encore maintenant [à 15 ans et demi]. Ça ne sent pas très bon, la fumée. (1)

3.2 EVOLUTION DE LA CONSOMMATION

Les biographies des personnes interrogées mettent en évidence deux grands types de variations. Le premier concerne les modifications importantes et durables des habitudes de consommation. On les observe par exemple lorsque les jeunes fumeurs augmentent sensiblement leur consommation suite à l'amélioration de leurs disponibilités financières, lors d'interruptions de la consommation ou encore lorsqu'un fumeur modifie son choix de cigarettes. Le deuxième type de recouvre ce que l'on pourrait appeler des 'fluctuations autour de la norme'.

Lorsque j'ai commencé mon apprentissage, il y a deux ans, j'ai augmenté ma dose en passant de cinq à dix cigarettes par jour sauf le week-end, quand je sors. Là j'en fume à peu près un paquet par jour puisque je rentre vers quatre ou cinq heures le matin. (3)

3.2.1 Augmentation durable de la consommation

Tous les membres du collectif ont connu au moins une phase d'augmentation de leur consommation de cigarettes, celle qui les a fait passer du statut de fumeur néophyte à celui de fumeur confirmé. Plusieurs ont également vu leur consommation augmenter après une phase de plateau ou une phase de diminution ou d'abstinence, de tels 'regains' de consommation pouvant se produire à plusieurs reprises dans la 'carrière' d'un fumeur^c.

Plusieurs facteurs sont avancés pour expliquer la transition durable vers une consommation plus importante de cigarettes : augmentation des moyens financiers, conditions 'écologiques' plus favorables (plus de temps à disposition pour fumer et permissivité accrue de la part de l'environnement), exposition au stress (dans le cadre professionnel ainsi que dans la vie privée), passage à des cigarettes plus légères.

La transition du statut d'écologiste à celui d'apprenti ou d'étudiant détermine une augmentation importante de la consommation. Limité auparavant par des moyens financiers réduits, le jeune fumeur dispose alors de plus d'argent.

Avec l'argent de poche, ce n'était pas un problème, mais je devais faire des choix. Sur la fin de la scolarité, ça allait déjà mieux parce que, quand j'ai fait des stages, j'ai travaillé dans le magasin d'un photographe et j'ai gagné un petit peu. (2)

Je ne pense pas avoir tout de suite fumé un paquet par jour parce que je n'avais pas les moyens. A quinze ans, j'étais en apprentissage et je n'avais pas assez d'argent. Mais plus tard oui, même plus qu'un paquet, vers dix-neuf ans je pense. (27)

L'augmentation des moyens financiers va de pair avec une autre organisation du temps et une plus grande tolérance de la part de l'environnement humain. Les jeunes gens disposent de

^c On ne tient pas compte ici des fluctuations rapides autour de la norme

plus de loisirs et ils n'ont plus besoin de se cacher lorsqu'ils souhaitent fumer. Pour plusieurs d'entre eux, il devient possible de fumer à domicile.

Disposer de temps — et ne pas forcément savoir comment s'occuper — ainsi que vivre ou travailler dans un milieu très tolérant à la fumée constituent également des explications à l'augmentation de la consommation observée chez des fumeurs plus âgés.

Je n'ai jamais été un grand fumeur. Je me rappelle que j'ai commencé à fumer davantage au mois de février ou mars, avant la matu. Vers la matu, j'ai arrêté quasi totalement. Je n'avais plus envie, je trouvais ça débile. Pendant la matu, je n'ai pas fumé, puis il y a eu l'armée et là, j'ai recommencé à fumer un peu plus régulièrement. Je dirais même que c'est à l'armée que j'ai vraiment pris le pli de fumer. Je me suis tellement emmerdé à l'armée. (...) Pendant la première année de médecine, au milieu de l'année, je voulais arrêter mes études. J'avais trouvé un petit boulot en psychiatrie. Je travaillais chaque week-end comme intervenant avec des gens accueillis pendant la journée dans une structure. Je me trouvais avec des gens qui fumaient deux ou trois paquets par jour. Souvent on ne faisait rien. C'était un peu désespérant tellement on n'arrivait à ne rien faire avec ces gens, ce qui fait que je fumais beaucoup. Je suis peut-être parvenu, de temps en temps, à un paquet par jour. Mais c'était deux jours par semaine et le reste du temps, j'arrivais à mieux contrôler. (11)

Des événements stressants ou perturbants peuvent inciter à rechercher un certain calme dans la cigarette. Plusieurs informateurs évoquent une augmentation significative de leur consommation en relation avec des phases de difficultés psychologiques ou professionnelles (no 1,10,8). Pour l'informateur no 20, c'est la combinaison entre les sentiments de perte de valeur consécutifs à son passage à un statut d'invalidé, l'inactivité ainsi que des déboires dans sa vie privée qui semblent avoir déterminé l'évolution de son tabagisme.

J'ai commencé à fumer plus au moment où mes parents ont commencé à avoir des problèmes (à treize ans). J'étais parti avec cinq cigarettes réparties sur toute la journée et ensuite j'ai augmenté. J'en suis maintenant à un paquet et demi par jour, à quinze ans et demi. (1)

C'est vrai que depuis dix ans — depuis que mon mari est parti — je fume beaucoup, beaucoup plus. Je suis très dépressive. Je vis seule depuis dix ans alors c'est vrai que ... Vous me direz que ce n'est pas une excuse, mais j'en suis sûre et certaine : avant, je fumais 'raisonnablement', tandis que maintenant, c'est devenu machinal. (10)

J'augmente surtout pendant les périodes de vide affectif, de difficultés affectives. Et pendant les périodes de manque de travail. Tout ce qui me perturbe a une influence sur ma consommation, qui est irrégulière. Dix cigarettes, ça m'arrive souvent de les fumer. Mais il m'arrive aussi facilement d'en fumer le quadruple en cas de pagaille. (8)

La cause [de l'augmentation de la consommation] a été l'anxiété, le fait de réfléchir à certains problèmes. Quand on vous dit à quarante-deux ans que vous ne pouvez plus travailler, c'est un problème ! Parce qu'on se sent diminué. Alors ça donne à réfléchir : j'ai quarante-deux ans et je ne peux plus rien faire ! Et on fume pour surmonter. En plus, j'ai eu des problèmes avec mes enfants. Tout ces problèmes s'accumulaient. On est là, on pense, et automatiquement on allume une cigarette. La rupture de rythme a aussi aidé : on n'a plus rien à faire. (20)

Quelques membres du collectif rattachent l'augmentation de leur consommation à leur accoutumance progressive à la cigarette ainsi qu'au passage à une marque plus légère qui leur 'impose' de fumer plus pour compenser l'effet moindre produit par chaque cigarette.

Je me suis mise à fumer des cigarettes de plus en plus légères pour tenter de limiter les dégâts. Je me rends compte que c'est totalement faux parce qu'on en fume trois fois plus. J'aime le goût de tabac — du tabac assez fort — et je le recherche. Comme ce sont des cigarettes qu'on a le sentiment de ne pas fumer, on en fume trois fois plus. Mes premières cigarettes étaient des Gauloises et des Gitanes : du tabac brun. Mon père les fumait et je pouvais donc aussi lui en emprunter. Par rapport à mes copines, j'étais la seule à fumer du tabac brun. Les garçons en fumaient par contre assez fréquemment. J'avais peut-être envie de me différencier, envie qui a changé par la suite, il y a une dizaine d'années, parce que je trouvais que ça ne faisait pas bon genre de fumer des Gitanes ou des Gauloises. J'étais partie en vacances sur une île et je n'avais pas apporté suffisamment de cigarettes. J'ai dû en acheter de tabac blond parce que je ne trouvais pas les autres. Ensuite, j'en suis restée au tabac blond parce que ce sont des cigarettes plus élégantes, ça fait plus féminin, ça jaunit moins les doigts et elles sont tout de même moins fortes. Mais c'est une fausse solution en fait parce que j'en fume trois fois plus maintenant. (5)

3.2.2 Réduction durable de la consommation

Deux tiers environ des membres du collectif ont cherché plus ou moins durablement à réduire leur consommation de cigarettes. Les stratégies adoptées peuvent différer de l'un à l'autre. Certains s'assignent une dose horaire ou quotidienne (parfois en notant sur le paquet la date et l'heure de son ouverture), d'autres tentent de ne fumer que les 'cigarettes-plaisir'^d, d'autres encore limitent volontairement les endroits où ils peuvent fumer — respectivement choisissent les espaces où ils s'abstiendront de le faire.

Dans la perspective de l'aide à accorder aux personnes souhaitant mettre un terme à leur consommation, les stratégies choisies paraissent toutefois moins importantes que les motifs qui poussent les fumeurs à chercher à la contrôler. Ceux-ci représentent un large éventail qui va des pressions de l'environnement (travailler ou vivre dans un cadre où la cigarette n'est pas tolérée ou l'est mal) à des motivations plus personnelles telles que le souci de sa propre santé (crainte d'une détérioration, volonté de conserver de bonnes capacités sportives) ou de celle d'autrui (protection du fœtus ou de l'enfant) en passant par des facteurs de changement qui renvoient à des états psychologiques tels que le stress ou l'épanouissement dans une relation affective. Il n'est pas rare que plusieurs motivations se combinent pour aboutir à la décision de réduire sa consommation.

En ce qui concerne le rôle joué par les interdits, certains membres du collectif ont évoqué leurs séjours aux Etats-Unis comme des périodes où les nombreuses limitations imposées aux fumeurs les ont contraints à réduire leur consommation. Les règles imposées dans un nombre croissant de lieux de vie (travail, établissements et transports publics, etc.) jouent également un rôle limitant, même si certains informateurs reconnaissent essayer de 'se rattraper' lorsqu'ils s'éloignent de ces espaces de prohibition. Les limites à la consommation faisant l'objet de réglementations explicites n'engagent en principe pas le fumeur qui se borne à les

^d Par opposition aux 'cigarettes-réflexes' fumées machinalement

subir. Tel n'est plus le cas lorsque le fumeur prend conscience des attentes implicites de son environnement et qu'il y ajuste son comportement.

La première fois que j'ai pensé réduire ma consommation de cigarettes, c'était parce que j'avais l'impression que je côtoyais de plus en plus de gens qui ne fumaient pas et que je dérangeais ces gens en fumant. J'ai donc essayé de moins fumer. (12)

Dans une certaine mesure, les restrictions que s'imposent les femmes qui attendent un enfant ou qui élèvent un enfant en bas âge renvoient au même type de préoccupation : protéger la santé du fœtus ou de l'enfant. Dans ce type de situations, l'idéal d'une abstention totale ne se révèle pas toujours possible ou impossible à maintenir à long terme.

Alors j'ai bien discuté avec le gynécologue de quel mal je faisais au bébé. Baisser la consommation oui. Mais quel est le mal que je fais au bébé : est-ce que c'est un manque d'apport en oxygène ou est-ce qu'il y avait autre chose ? Je voulais être certaine que le tabac n'aurait pas d'effets sur ses os, son cerveau etc. Je savais qu'il y avait un impact sur la durée de gestation mais je voulais être sûre qu'il n'y ait pas d'effets chimiques, comme aurait pu le faire l'alcool ou certains types de médicaments. Me connaissant — à l'époque j'en étais à un paquet et demi par jour et maintenant à deux — sachant que le bébé bougeait beaucoup et tout, il m'a dit 'vous connaissez les risques, prenez vos responsabilités, mais il ne faut pas que vous deveniez complètement hystérique parce que vous ne voulez pas fumer'. Il m'a dit de baisser ma consommation à cinq, maximum dix cigarettes par jour, mais alors des très légères. Alors je me suis dit qu'il fallait changer de marque puisque j'avais besoin de cigarettes. J'avais pris une de ces marques ultra ultra légères parce que j'étais enceinte et j'en fumais maximum dix. Pendant l'allaitement non plus, je n'en ai pas fumé plus d'une dizaine par jour. A la fin, je les ai joyeusement jetées car elles n'avaient aucun goût et j'ai repris des cigarettes. (7)

Pour plusieurs informateurs, c'est la perception de l'impact de la cigarette sur leur santé actuelle et sur leurs performances sportives qui constitue le facteur 'déclencheur' de la réduction de leur consommation. Dans un domaine très voisin puisqu'il implique la perception de son propre corps, l'odeur peu agréable que le fumeur est conscient de dégager peut également induire une diminution de cette consommation (no 15). Il semble toutefois que la réussite à long terme de cet effort de réduction soit directement liée à la perception des désavantages du tabagisme. Le risque de reprendre les anciennes habitudes est relativement important lorsque les problèmes de santé deviennent moins sensibles (no 18).

Je fumais beaucoup et, le soir, j'avais une sensation désagréable dans la gorge. Je me suis rendu compte que c'était quand même très fort ce que je fumais. J'ai eu un gros problème de poumons quand j'avais quatre ou cinq ans. Tout le monde me disait que ce serait bien de pouvoir ne pas fumer et j'ai pensé que je ne commencerais jamais. Ces messages extérieurs m'ont dit que c'était mieux que je me calme. Au niveau sportif, ça diminuait mes capacités. Je suis aussi devenu plus sensible à mon odeur de fumeur. Je me le suis dit pour mon entourage : mes vêtements, mes doigts sentaient la fumée. En hiver par exemple, je fume moins parce que, à mon avis, l'être prend plus l'odeur de la cigarette avec l'humidité. En été, je ne sens pas que je fume, mais en hiver, si je fume beaucoup, je me dégoûte moi-même. Enfin, j'ai perdu un peu la mythification de la cigarette : le fait de fumer avait toujours pour moi une importance au niveau social 'montrer que je fumais', mais moins que quand j'avais commencé. Je pense toutefois que les raisons principales étaient mes problèmes de santé (gorge et souffle) et

l'odeur. Donc, j'ai décidé de réduire ma consommation de cigarettes. Comme un jour j'ai reçu un paquet d'échantillons — peut-être cent échantillons de trois Philip Morris — j'ai décidé d'utiliser cette situation pour réduire le nombre de cigarettes en m'efforçant de ne fumer que ces cigarettes moins fortes pendant une semaine. Je me suis dit que comme j'allais fumer des moins fortes, quand je reprendrai les fortes — les Winstons — j'en fumerai moins parce que je serai habitué à des moins fortes. C'était horrible ce passage. Mais au bout de la semaine, quand j'ai repris mes Winstons, elles m'ont paru trop fortes et j'ai voulu trouver une cigarette beaucoup plus légère ayant quand même pas mal de goût. J'ai pris des Muratti. J'ai donc atteint mon but qui était de réduire ma consommation, parce que je suis passé de deux paquets par jour à un seul. En plus, je fume des cigarettes moins fortes, ce qui n'était même pas recherché au départ. (15)

J'étais bien mal foutu à l'époque. Vraiment très mal foutu. Je faisais bien attention. Je suis même arrivé à quinze cigarettes par jour, pendant une semaine. Mais quand j'ai été mieux, c'est reparti de plus belle. (18)

Des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans l'évolution de la consommation. On a vu plus haut que le stress professionnel, les difficultés survenant dans les relations interpersonnelles ou les phases de dépression pouvaient expliquer l'augmentation de la consommation. Des facteurs de même nature jouent également un rôle dans la diminution de la consommation. Plusieurs membres du collectif ont mis particulièrement en évidence le rôle favorable que pouvait jouer l'établissement d'une relation amoureuse en matière de réduction.

Il y a deux ans, j'ai eu une brève expérience amoureuse. J'étais avec quelqu'un qui ne fumait pas et, par respect pour lui, j'avais pratiquement perdu l'habitude de fumer dans certains endroits. Ça ne me demandait plus, le besoin n'était plus là. (...) Mon ami ne m'avait rien demandé. On en avait discuté et il m'avait dit de fumer si je voulais fumer. Il n'y avait que dans la voiture qu'on avait convenu que je ne fumerais pas mais on faisait souvent des arrêts si j'en avais envie. Je me suis surprise à parcourir des centaines de kilomètres sans éprouver le moindre besoin d'allumer une cigarette alors que je roule souvent toute seule et que je fume alors cigarette sur cigarette. Je ne vivais pas avec mon ami mais, quand j'étais chez lui ou qu'il était chez moi, j'évitais de fumer bien qu'il m'ait toujours dit que je pouvais le faire si j'en avais envie. (5)

Déjà évoqué plus haut, le stress peut — paradoxalement — contribuer à masquer la sensation de manque associée à l'interruption de la consommation.

Je fumais plus dans la période des examens : pas tout à fait un paquet par jour mais presque. C'est là qu'on m'a dit 'tu n'arriveras pas à arrêter de fumer' et que : 'ok, demain j'arrête !'. Ce n'était pas à la fin des examens mais en pleine préparation. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, c'était une très bonne période pour arrêter parce que, de toute façon, le stress je l'avais. J'avais le stress des examens, alors je n'avais pas l'impression d'être beaucoup plus stressée parce que je ne fumais pas. De toute façon j'étais stressée, de toute façon j'avais du travail, de toute façon je ne pouvais pas dormir donc je buvais un peu plus de café et voilà. Je n'avais tout simplement pas le temps de ressentir le manque. J'étais beaucoup trop portée sur les examens pour me rendre compte que la cigarette me manquait. (4)

Il paraît au surplus intéressant d'évoquer le transfert de la consommation de cigarettes vers d'autres produits. La question du cigare^e sera reprise plus loin mais on peut mentionner à ce stade le rôle de substitut joué par le chanvre dont la consommation permet de réduire celle de cigarettes.

J'ai commencé à fumer des drogues douces — haschisch et marijuana — presque en même temps que je parvenais à une consommation régulière de cigarettes. (...) Si je fume beaucoup de hasch, je fume peu de cigarettes. (...) Quand j'ai interrompu mes études, j'ai travaillé comme chauffeur de taxi. A cause de la nervosité de rouler en ville, je fumais un paquet de cigarettes par jour mais pas de haschisch. J'ai ensuite commencé à travailler à la Poste. J'achetais alors plus régulièrement du hasch. Pendant quatre ou cinq ans, il y avait autant de tabac que de hasch. Maintenant, il n'y a que peu de tabac, mais essentiellement du haschisch. Le tabac, je le fume parce que je suis nerveux. Mais je reste quand même fumeur car quand je pars en vacances je ne prends pas de drogues douces et je remonte alors à nouveau à un paquet de cigarettes par jour. (17)

3.2.3 Maîtrise

Plusieurs informateurs font état des efforts qu'ils déploient pour maîtriser leur consommation. Les circonstances peuvent varier. Elles traduisent des préoccupations orientées vers la limitation des risques pour la santé ou l'image que l'on souhaite donner de soi. Quelques membres du collectif ont mis en relation maîtrise de leur consommation et maîtrise budgétaire mais il s'agissait avant tout des personnes les plus jeunes, celles dont les moyens financiers sont par définition les plus réduits.

En passant à des cigarettes plus légères, j'ai cherché à ne pas augmenter ma consommation — autour de cinq cigarettes par jour. Je ne veux pas devenir comme ces gens stressés qui tirent toute la journée sur leur clope. Je veux aussi éviter de dépenser tout mon argent pour des cigarettes. (3)

Rapportés ci-dessous, les propos de deux informateurs montrent que la recherche d'une maîtrise au niveau de la consommation constitue un phénomène dynamique qui peut intégrer des paramètres de nature différentes.

(...) l'intention de diminuer, c'est venu à vingt-sept ans, suite à trois années de problèmes dépressifs. Je me suis remis d'aplomb en faisant beaucoup de sport. Et en faisant beaucoup de sport, du coup, je fumais beaucoup moins. Est-ce que c'est parce que je fumais moins de cigarettes ou parce que il y avait davantage de dépense physique ? Je pense que c'est un ensemble. Ensuite, je me suis mis à fumer un peu plus tout en continuant à faire du sport. Aujourd'hui, j'en suis à environ un paquet par jour. Mais ça peut être assez variable : le dimanche je ne fume quasiment jamais. Si on a fait quelque chose la veille, on a trop fumé, le dimanche 'non, stop !' et j'arrive très bien à m'en passer. J'arrive parfois à passer une journée sans même en avoir envie. Je me dis qu'il y a eu une telle saturation la veille que je ne vais pas fumer aujourd'hui. Je pense à autre chose, je fais des activités. C'est un autre rythme qui est moins régulier que pendant la semaine. (9)

^e Le cigare est très systématiquement considéré comme un produit procurant du plaisir. Il en sera question dans la section 'Signification de la cigarette dans le fonctionnement individuel'

Maintenant, je me tiens à une consommation limitée. J'essaie d'être attentif au maximum. Mais ce n'est pas facile de contrôler, de préserver uniquement les cigarettes après les repas et puis celles du soir, avec les amis. Par contre, si je sors le soir jusqu'à deux ou trois heures, je peux en fumer plus, de dix à quinze cigarettes, mais c'est vraiment épisodique. (11)

3.2.4 Changement de marque

De manière générale, les changements de marque sont avant tout dictés par la volonté de passer à des cigarettes plus légères. Les fumeurs en attendent une réduction de l'impact de leur consommation sur leur santé. Ils sont parfois conduits à opérer un nouveau choix parce que leur marque favorite leur paraît trop 'présente' (au niveau des sensations gustatives et olfactives). Le choix de la nouvelle marque est à la fois dicté par la charge en substances nocives (la plupart des membres du collectif sont renseignés sur les caractéristiques chimiques des cigarettes qu'ils fument) et, dans une moindre mesure, par la publicité — esthétique du paquet notamment.

Le premier gros arrêt, de quinze mois environ, ça a été à vingt-cinq ans. Auparavant, j'avais déjà essayé de fumer des cigarettes plus légères car, avec les Gauloises bleues sans filtre, on sent que c'est très fort. Alors j'ai essayé d'autres cigarettes avec filtre, puis des cigarettes qui font 4.04. Ce n'est pas des toute légères, mais ce n'est pas des Gauloises non plus [*sort son paquet et rectifie*] 3.03. On sent quand même que c'est moins fort. Le danger, c'est peut-être d'en fumer plus. (8)

Au début, c'était des Marlboro light. Pourquoi je ne sais plus. On avait dû voir une publicité. Et puis aussi parce que c'était connu que les Marlboro, c'était un peu fort. On a donc pris les light, les gold. Après on a un peu changé de marque, mais toujours dans le même niveau de nicotine/goudron. Ça, je regarde toujours. Il y a des périodes — encore maintenant où je fume trop et le stress n'arrange rien — où je me dis que ça ne va plus et que je fume trop. Je fume alors des cigarettes plus légères — des 1.01 — et je n'en fume pas plus. Maintenant je regarde beaucoup si je fume trop. Je n'aime pas que ça me pique trop la gorge. Suivant lesquelles, j'ai mal à la tête. (26)

Les Camel, je les avais goûtées chez des copains et je les avais trouvées bien. Je voulais peut-être aussi faire comme eux parce que je les aimais bien. (...) Je ne crois pas être très sensible à l'aspect du paquet mais quand même un tout petit peu. Je me dis : 'il est chouette, ce paquet !'. (2)

Exception faite du cigare, rares sont les membres du collectif qui pourraient imaginer passer à des produits plus 'chargés' en nicotine et autres substances nocives. Un tel 'retour' est néanmoins évoqué.

Il ne faut pas qu'elle soit trop présente dans la journée, qu'elle devienne prioritaire. Mais je m'imaginerais prendre une Gitane face à un énorme problème intellectuel par exemple. Je stoppe tout, j'arrête tout le reste : concentration, position de lotus ou je ne sais pas. Là je pense que je pourrais prendre une Gitane ou une Gauloise bleue sans filtre. (7)

3.3 TENTATIVES D'INTERRUPTION DE LA CONSOMMATION ET RÉCIDIVES

Deux tiers environ des membres du collectif ont tenté une fois au moins d'abandonner la cigarette. Certains ont multiplié les essais. De telles tentatives ne sont pas l'apanage des fumeurs les plus endurcis. On les observe aussi chez les jeunes fumeurs.

Les raisons qui conduisent à essayer de renoncer à toute consommation sont diverses. Certaines ont un caractère relativement contingent (indisponibilité de la marque préférée, impératifs budgétaires) alors que d'autres renvoient à différents aspects de la personnalité (refus de se percevoir comme un fumeur) ou à des problèmes de santé.

Les motivations purement contingentes — c'est-à-dire celles qui impliquent le moins le fumeur — se concluent assez rapidement par des échecs. Il suffit que la cause ayant entraîné l'interruption disparaisse pour que la consommation reprenne. On peut à cet égard établir un parallèle entre ces interruptions forcées — et les récidives qui en marquent le terme — et ce qui se passe avec les jeunes fumeurs qui voient s'abaisser les interdits qui avaient caractérisé leur statut d'écolier et qui accèdent simultanément à une certaine autonomie financière.

Une fois, je suis partie en voyage pendant deux mois et demi. Je n'ai pas spécialement l'habitude de prendre des réserves. Je prévois d'acheter sur place. Comme je n'ai pas trouvé de Camel et qu'il n'y avait que des cigarettes locales — infumables pour moi — je suis restée durant six semaines sans fumer. Je suis rentrée, mais sans me dire 'bon, tu arrêtes'. Je n'étais pas motivée pour le faire. (4)

A un niveau plus 'implicite', on trouve des motivations qui renvoient à l'image que le fumeur souhaite donner de soi. Il supporte par exemple de moins en moins l'odeur de fumée qu'il traîne partout avec lui ou se refuse à se définir durablement comme un fumeur. Les paris peuvent être rangés dans cette catégorie de motivations. Le fumeur s'engage face aux autres mais sa décision ne traduit pas un désir autonome d'abandonner la cigarette (no 15). Si c'est en bonne partie pour les personnes qui l'entourent que le fumeur interrompt sa consommation, c'est aussi en fonction de cet environnement qu'il recommence à fumer. A partir du moment où il reçoit des signaux qu'il interprète comme un souhait émis par ses proches de le voir reprendre ses habitudes de fumeur, il succombe à la tentation. C'est notamment la raison évoquée par les deux adolescents qui ont déjà entrepris une désaccoutumance (no 1 et 2).

On avait fait un pari avec un ami parce qu'on fumait énormément tous les deux. On était partis une semaine. A ce moment-là je fumais encore deux paquets par jour. Et on a arrêté. Pendant trois jours, ça a été très difficile au niveau physique. Je ne saurais pas expliquer comment je ressentais ça, si ce n'est que je sentais une grande fatigue. Je sais aussi que j'étais prêt à cueillir de l'herbe sur l'alpage et à la fumer. Quand on est descendu de la montagne, au bout de la semaine, on n'en avait plus envie. Ça ne nous demandait plus. L'envie était dans la tête parce que j'aimais fumer. Je me disais que ce n'était pas si grave de fumer. Le soir de notre retour, on est allé jouer au billard ensemble. J'ai vu qu'il était à nouveau en train de fumer une cigarette et qu'il s'était racheté un paquet. Alors je me suis racheté un paquet et voilà. (15)

Mon meilleur copain avait commencé de fumer — il venait de commencer — avec un autre copain. Il m'a proposé une cigarette. Je l'ai prise. Et petit à petit j'ai recommencé. (1)

J'ai essayé quelquefois en me disant 'allez, cette fois j'arrête' et puis je sortais avec des copains et ils me disaient 'allez, juste une cigarette, ça ne te

fera rien du tout' et finalement je cédaï. Ensuite, j'avais envie d'autres cigarettes. (2)

Les motivations les plus personnelles renvoient à la prise de conscience des risques que la fumée fait courir pour la santé. Ces risques peuvent être perçus d'un point de vue individuel ou d'un point de vue altruiste. Dans ce dernier cas, c'est la santé du fœtus ou de l'enfant en bas âge qui est en cause. Aucun membre du collectif ne s'est en effet préoccupé du problème de la fumée passive pour les autres personnes vivant dans son environnement.

Se porter mieux après avoir connu un problème de santé ou ne plus ressentir une nécessité aussi impérative qu'auparavant de protéger un enfant peuvent aussi déterminer une reprise de la consommation.

J'avais un bilan sanguin qui n'était pas tout à fait normal — cholestérol trop élevé — et le médecin m'avait vraiment affolée. Il m'avait dit qu'il fallait arrêter de fumer. J'ai arrêté de fumer, mais peu de temps — cinq ou six mois, pas plus — parce que, lors d'un 2^{ème} bilan sanguin, tout était rentré dans l'ordre. A partir de là, j'ai repris à fumer de plus belle. (5)

Les facteurs qui conduisent ces ex-fumeurs à reprendre leur consommation ont souvent des causes psychologiques : stress (6), difficultés psychologiques (8 et 27), nervosité ... mais aussi demande expresse des proches qui ne supportent pas la mauvaise humeur attribuée au manque de cigarettes (16).

J'ai repris parce que la cigarette m'apportait un réconfort immédiat dans une situation de stress professionnel. (6)

C'est la mauvaise conscience qui m'incitait à arrêter. La perception très claire de se faire du mal. Les médecins disent que c'est mauvais pour beaucoup de choses, mais soi-même on le sent déjà : je tousse, je sens que je me fais du mal et ça me pousse à décider d'arrêter. A chaque fois j'ai réussi à arrêter de fumer du jour au lendemain, uniquement par la volonté. (...) J'ai recommencé à fumer par colère, par timidité, par frustration, pour combattre toute sorte d'excès d'émotions. Tout à coup on se dit 'je ne vois pas pourquoi je ne fumerais pas'. C'est une sorte de fuite, une fuite dans la drogue. En ce qui concerne la dépendance psychologique, c'est plus difficile. Je ne sais du reste pas si l'appeler dépendance psychologique. Ce n'est peut-être pas juste. C'est le besoin de tricher avec soi-même, de tricher avec la réalité qu'on vit, ça c'est sûr. Lorsqu'on a un gros problème, c'est plus facile lorsqu'on a un petit nuage autour de soi. C'est un besoin de drogue, de tricher, de tempérer ce qu'il peut y avoir d'un peu dur dans la vie. (8)

Après ma dernière grossesse, je n'ai plus fumé pendant une quinzaine d'années à peu près, puis j'ai recommencé il y a quelques années. J'étais vraiment dépressive. J'avais fait un cancer du sein avec récidives, ablation et reconstruction du sein. J'étais dans un état épouvantable. Et j'ai recommencé de fumer. J'avais l'impression qu'il allait se passer quelque chose quand j'ai recommencé de fumer, j'avais un tas d'angoisses dans la tête. J'avais l'impression que fumer était un acte qui allait me sauver, qui allait m'apporter je ne sais pas quoi. (27)

Le plus longtemps que j'aie tenu c'était pendant six semaines. J'avais fait le plan de cinq jours de la Ligue. Mais après — c'est pas de la mauvaise volonté de ma part — mais je devenais tellement nerveux que pour finir, même à la maison ils m'ont dit de reprendre la cigarette. J'ai repris pour avoir de nouveau une vie familiale. Parce que je gueulais pour rien du tout.

Le fait que je reprenne les cigarettes, ça a apporté un peu de calme dans la vie familiale. (16)

3.4 PLACE DE LA CIGARETTE DANS LE FONCTIONNEMENT INDIVIDUEL

Pour le fumeur, le rôle de la cigarette se modifie à la fois dans le long terme et dans le court terme. En ce qui concerne le long terme, la cigarette s'inscrit en premier lieu dans la trajectoire individuelle, une histoire ponctuée de toute sorte d'événements susceptibles de modifier les termes du rapport 'fumeur-fumée' (maturation, acquisition de nouvelles connaissances, histoire biologique et sociale, vie professionnelle, etc.). La cigarette possède par ailleurs elle aussi sa propre histoire naturelle, notamment caractérisée par une visibilité accrue dans la vie quotidienne (publicité)^f ainsi que par une prise de conscience croissante de sa nocivité se traduisant par diverses mesures incitant le public à s'en détourner (multiplication des campagnes de prévention). La mutation du rôle social de la cigarette contribue aussi à modifier le rapport 'fumeur-fumée'. Dans le court terme, la cigarette s'inscrit dans une succession de 'moments' qui scandent le déroulement de la journée, de la semaine voire de l'année (repas, travail, loisirs, solitude ou compagnie, activités ou repos, etc.) et qui peuvent la faire apparaître sous des jours différents dans l'économie psychologique et comportementale du fumeur. Cette double inscription de la cigarette dans le temps (temps individuel et temps historique) transparait dans les propos des membres du collectif — à tout le moins dans les témoignages des personnes qui disposent d'un certain recul.

D'une manière générale, les membres du collectif observent que ce qui les avait amenés à commencer de fumer n'est plus ce qui les incite à continuer de consommer. A cet égard, il convient de distinguer entre ce qui se passe durant les phases de consommation et lors des récurrences après interruption. On a vu à la section précédente que les récurrences pouvaient se produire dans des circonstances semblables à celles qui avaient provoqué les débuts de la consommation mais il ne faut pas confondre 'motivations profondes' et 'éléments déclenchants'. C'est du rôle de la cigarette lorsque la consommation est installée qu'il sera question ici.

La majorité des membres du collectif observent que la cigarette est désormais plus 'présente' dans leur existence quotidienne qu'elle ne l'était initialement.

A douze ans, franchement, ça ne m'apportait rien. Je toussais seulement. Maintenant, c'est comme un calmant. C'est devenu un calmant au moment où mes parents ont commencé à avoir des problèmes. J'ai commencé à fumer plus à ce moment-là [passage de 5 à 30 cigarettes par jour]. La cigarette m'aidait, elle me calmait, elle me soulageait. (1)

La plupart des membres du collectif estiment entretenir une relation bi-polaire avec la cigarette. Fumer possède une fonction principale, en principe orientée vers la recherche de satisfactions ou vers la réduction de tensions, ainsi qu'une fonction secondaire ou parasite, représentée par la consommation automatique de cigarettes.

La fonction principale de la consommation de cigarettes recouvre un large éventail de possibilités susceptibles de se combiner chez une même personne. La notion de **plaisir** est

^f Présence accrue si l'on se réfère à la totalité de la période couverte par les différents témoignages (> soixante ans). Cet énoncé est toutefois moins fondé si l'on ne tient compte que des plus jeunes fumeurs du collectif, dont les débuts de la consommation datent du début des années nonante

pratiquement toujours évoquée par les informateurs. Elle occupe toutefois une portion congrue par rapport à la notion d'automatisme de la consommation. Beaucoup opposent les quelques 'cigarettes-plaisir' consommées durant la journée aux nombreuses 'cigarettes-réflexe' allumées durant le même laps de temps et fumées presque sans en prendre conscience⁸. Le plaisir de la cigarette est souvent associé à des circonstances particulières : première cigarette du matin, fin d'un repas, consommation de café ou d'alcool, instants d'émotion esthétique, etc.

Avec le café, après le repas, certaines prennent un digestif par plaisir. Moi c'est la cigarette. Je dirais que, de toute façon, la cigarette a quand même un effet sur le système digestif : je trouve que la digestion est bien meilleure — il y a bien moins de troubles de constipation, de troubles du transit chez les fumeurs. En tout cas tous ceux qui arrêtent de fumer se plaignent en général de ce type de troubles. Peut-être est-ce aussi associé au fait que c'est un stimulant du système digestif. C'est vrai que les cigarettes du matin et celles qui sont fumées après les repas sont les meilleures. Le reste, ce n'est pas toujours par plaisir. C'est par besoin, parce qu'il manque la nicotine. (4)

Fumer, c'est un instant privilégié pour apprécier les choses. Vous voyez un beau paysage — bien sûr, on peut le regarder comme ça — mais si vous le regardez en fumant, c'est comme si vous [*inspiration*] l'avaliez, ça vous permet de l'intégrer ou d'accorder une attention spéciale à quelque chose. (13)

Les quelques personnes qui se sont exprimées à ce sujet limitent le pur plaisir à la seule consommation des cigares qu'elles fument occasionnellement. Il s'agit à leurs yeux d'un acte conscient qui s'inscrit dans des moments à forte connotation de détente.

Le cigare, c'est très bon ; je dirais que c'est meilleur. C'est plus long — on ne fume pas le cigare au bureau, en tout cas jamais en s'agitant. C'est une fois que la journée est finie, voire dans un moment de fête. C'est le même effet que la cigarette, mais plus fort, plus durable. C'est plutôt un moment choisi de plaisir, un moment où l'on a soit envie de communiquer spécialement avec quelqu'un, soit au contraire de prendre de la distance par rapport au quotidien. Enfin, c'est plus sain, c'est fait dans un esprit plus sain. Je ne parle pas des effets physiologiques — c'est sûrement moins sain — mais c'est fait plus sainement parce que c'est fait lors d'un moment choisi, avec la conscience de ce que l'on fait. (8)

Pour plusieurs informateurs, fumer accompagne des moments d'intense activité intellectuelle. La cigarette joue alors le rôle d'un **stimulant** qui permet notamment de prolonger l'effort, de veiller plus longtemps. Les personnes qui s'expriment de cette manière ont généralement une activité professionnelle valorisée et valorisante. La pression qu'elles ressentent à certains moments peut être assimilée à un stress positif.

A la maison, si je travaille pour le travail, je fume. Si je lis autre chose, je ne vais pas forcément fumer. Pour moi la cigarette c'est un stimulant. Je ne suis pas une grande dormeuse, mais les soirées où il y a des deadlines, je m'installe et c'est café-cigarettes. Je ne dirais pas que je peux fumer un paquet mais très facilement un demi paquet entre vingt heures et deux heures du matin. En revanche, si je lis un roman, je peux très bien être deux ou trois heures sans fumer. (4)

⁸ Le rapport entre 'fumée-plaisir' et 'fumée-réflexe' est repris plus bas

Attention, voilà le gros boulot : préparation d'examens à l'université, ou bien correction de dissertations au baccalauréat. Tôt le matin, la douche froide, café, cigarette et vlan, c'est parti ! C'est exactement ce que vous faites lorsque vous faites partir une voiture. Le café c'est l'essence que vous mettez dedans et la cigarette c'est le déclencheur. (7)

Dans un certain nombre de situations, la cigarette constitue un moyen de **faciliter les échanges** interpersonnels. Elle crée un lien entre les fumeurs, délimite un espace commun, renforce la socialité. Elle permet à certains fumeurs de maîtriser leurs émotions et d'aller plus facilement à la rencontre de l'autre. Occupant une partie du champ de la communication, elle peut néanmoins limiter l'éventail des comportements des fumeurs.

Quand je suis à l'extérieur, avec des gens, je ne dirais pas que c'est une assurance pour moi. C'est quelque chose de beaucoup plus complexe. Ça donne un cadre pour la rencontre. Pour deux personnes qui fument, c'est vraiment un cadre pour la rencontre ; c'est se donner un cadre dans lequel il y a une rencontre qui se crée et qui est assez spécifique entre tous les fumeurs. (...) La fumée crée une sorte de halo, de milieu physique. (...) Mon amie fume et, quand on fume tous les deux, on a une qualité de rencontre assez particulière. Il y a une sorte de proximité dans la parole, alors que quand aucun ne fume, il y a une proximité physique renforcée. A la fois ça rapproche et à la fois ça distancie. (11)

Quand j'ai commencé à fumer, c'était une période assez importante pour moi : c'était mon grand voyage, c'était une période où je découvrais beaucoup le monde, je découvrais aussi les gens, c'était une période de contacts sociaux très intenses qui m'a beaucoup appris. Et c'était d'une certaine manière toujours relié à la cigarette, sans que ce soit le centre bien sûr. C'était un rituel ou un code social qui permettait les échanges. (13)

Plusieurs informateurs considèrent que la cigarette constitue une véritable **'béquille psychologique'**. Elle leur offre un moyen d'affronter la dépression et le stress, de faire le vide, de s'évader.

Je me réveille, je traîne, je bois le café, je fume. Je pense aussi que tout ça est encore lié à la dépression — je suis toujours sous médicaments même si de toute évidence je vais beaucoup mieux. Je ressens la cigarette comme un passe-temps... je ne sais pas comment dire ... parce que je me disais 'qu'est-ce qui se passe, pourquoi as-tu toujours besoin de ...'. Je fume comme une évasion en fait. (...) J'ai beaucoup de solitude morale. Je suis d'un autre canton. Je suis arrivée ici avec beaucoup d'enfants et tout. Pas de famille et beaucoup de travail. Il s'est passé peu de choses pour moi. J'ai plus de liberté maintenant mais je n'ai plus les mêmes besoins de rencontrer les autres. J'en ai quand même envie mais je suis partagée entre l'envie de rester chez moi, de me calfeutrer, de me dorloter et l'envie de chercher à voir du monde. Il ne faudrait pas que je reste tout le temps dans mon trou. Il me faudrait une occupation quelconque, une occupation de l'esprit, un dérivatif puissant je dirais pour ... parce que la cigarette remplace une ... Quand je fume ma cigarette, je suis là comme ça [*regard dans le vague*] ; je rêve à des tas de choses ; c'est vraiment comme une accompagnatrice. (27)

Depuis que je vis seule, [*séparée de son mari*] j'ai été très dépressive, j'ai eu des traitements qui ne m'ont strictement rien fait ou pas grand chose et c'est vrai que la cigarette — je ne sais pas jusqu'à quel point — mais ça m'a aidée. Est-ce qu'on peut dire que c'est une sorte de compensation ? Je ne sais pas. Mais je reconnais que quand on est dans un tel état — ce n'est pas

une excuse — on ne peut pas tout arrêter, ce n'est pas le moment de supprimer des tas de choses ... il y a déjà un manque de quelque chose ... (10)

Il existe enfin certaines personnes pour lesquelles la cigarette constitue un **élément de la personnalité**. C'est tout particulièrement le cas des personnes qui se perçoivent comme des fumeurs, qui se savent perçues comme telles par leur environnement (notion de rôle social) et qui tirent un certain nombre de satisfactions de cette situation. Pour quelques informateurs, le choix d'être fumeur et de fumer certaines cigarettes offre la possibilité de 'compléter' avantageusement l'image qu'ils souhaitent donner d'eux-mêmes.

La cigarette fait partie de moi, comme un bijou. Il y a des femmes qui ne peuvent pas partir sans avoir mis un certain bijoux. Je ne peux pas sortir sans avoir vérifié si j'ai un paquet de cigarettes dans mes affaires. C'est un geste sécurisant. Ça fait partie de mon identité. Surtout à l'heure actuelle, avec tous les mouvements antitabac. Si vous êtes un fumeur invétéré, vous êtes fiché, catalogué d'entrée. (...) La cigarette, c'est quelque part un compagnonnage. Ça fait partie de la personne. Je l'ai comparée à un bijou, bijou dans le sens 'amulette', bijou auquel vous attribuez un certain pouvoir même si vous ne le dites pas parce que ce n'est pas rationnel. Pouvoir d'autonomie, de ... je ne sais pas. Je dirais même, à la limite, que c'est assez pervers. Avec tout ce mouvement anti-tabagisme qu'il y a maintenant, c'est l'écran de fumée. Ça me protège des autres, de l'extérieur. C'est paradoxal parce qu'au début, quand on est jeune, c'est pour avoir le contact avec les autres qu'on se met à fumer. Maintenant je le vois plutôt comme [*geste décidé de se retirer avec sa cigarette*] 'excusez-moi, je vais fumer une cigarette' : je prends mes distances. (...) Je joue pas mal là-dessus. Maintenant que c'est devenu un peu institutionnalisé. Ça vous sort du circuit. (7)

C'était important pour moi, ce démarquage par rapport aux autres : acheter des cigarettes différentes de celles que les autres fument. Pour se personnaliser en fait. Vers dix-sept ou dix-huit ans, je fumais des Pall Mal rouges alors que tout le monde fumait des Marlboro. Aujourd'hui, cet élément reste important pour moi : je fume des Pall Mal bleues parce que peu de monde en fume et en plus parce que le papier est joli. Les gens me disent 'tiens, qu'est-ce que tu fumes ? tiens t'es différent'. C'est un petit peu idiot, mais ce n'est pas enthousiasmant de ressembler à tout le monde. (9)

Quelle que soit la place fondamentale que la cigarette occupe dans l'économie de l'individu, il apparaît clairement qu'une part importante de la consommation n'y renvoie pas directement mais qu'elle consiste plutôt en une **activité réflexe**. Selon toute vraisemblance, une part importante de la consommation que les informateurs considèrent comme 'automatique' constitue l'expression d'un besoin physiologique : le manque de nicotine. Curieusement, la plupart des membres du collectif ne paraissent pas considérer cette demande de leur organisme comme représentant en premier lieu la conséquence de leur dépendance au produit. Sans exclure toute idée de dépendance, ils considèrent plutôt cette consommation automatique comme un élément de leur 'gestuelle', un réflexe.

Avoir quelque chose dans la main, une sorte de tic. Allumer une cigarette marque aussi le passage d'une chose à une autre, la fin de quelque chose — la fin des cours par exemple. (3)

Allumer une cigarette, c'est la première chose que je fais en me levant. Je suis une grande fumeuse. Même la nuit il m'arrive de me lever et de fumer

une cigarette. C'est un automatisme : je me réveille la nuit, je me lève et je fume. C'est un réflexe. (5)

Huitante pour cent des cigarettes que je fume, c'est par automatisme. Si je ne fumais que les cigarettes que j'apprécie, je pense que je fumerais sept cigarettes par jour. Celle du matin avec le café (j'ai besoin de retrouver le goût du tabac après une nuit de sommeil, il me manque quelque chose, c'est une habitude d'avoir ce goût), celles après les repas, celle de la pause du matin et de l'après-midi et je pense que si je bois un verre d'alcool, j'aime bien fumer aussi une cigarette. Donc je pense qu'il y a sept cigarettes nécessaires pour que je me sente bien. Mais par exemple, maintenant, je suis venu en bus et en l'attendant, à Saint-François, alors que je savais que je n'avais qu'une minute d'attente, j'ai allumé une cigarette : c'est automatique. (15)

Beaucoup vivent péniblement cette impression de ne plus pouvoir maîtriser leur consommation. Si certains font la part des choses et mettent encore en perspective les plaisirs et les inconvénients de la cigarette, d'autres — peu nombreux dans le collectif étudié — en viennent à ne plus voir que les désagréments de la cigarette.

Il y a des périodes où beaucoup de cigarettes sont bonnes et des périodes où très peu le sont. Je n'ai pas vraiment compris pourquoi. Il y a des phases où c'est vraiment dégueulasse de fumer. On fume malgré soi. C'est insupportable comme sentiment. Par automatisme, par besoin aussi. C'est là que je me sens vraiment drogué. Il y a aussi des phases où il y a du plaisir. (13)

Des avantages, je n'en vois pas. J'ai l'impression d'être prise au piège de la fumée parce que les avantages — qui doivent pourtant exister — sont plutôt au niveau de l'inconscient. (12).

Certaines informations fournies par les membres du collectif ne se laissent pas facilement catégoriser. S'agit-il d'aspects positifs ou d'aspects négatifs de leur expérience de fumeurs ? Les éléments apportés constituent-ils un aspect fondamental de leur relation à la cigarette ou sont-ils considérés comme des facteurs un peu parasites ? Deux d'entre eux revêtent un caractère suffisamment particulier pour être mentionnés. Le premier a trait au **rapport avec le temps qui s'écoule** que quelques fumeurs établissent avec leur consommation. L'autre se rapporte à l'**expérience gustative** qui, selon un informateur, explique la répétition de l'acte de fumer même dans les moments les moins opportuns.

La fumée modifie énormément la perception du temps par exemple. Ça c'est évident. (...) Je suis certain que la cigarette a un effet très important sur le temps : il n'y a pas beaucoup d'hommes qui n'ont pas fumé à l'armée par exemple. Parce que rester une nuit debout devant un hangar militaire, c'est terrible ; le temps est très long, il fait froid, il n'y a rien. Les bras le long du corps, on s'ennuie terriblement. Si on fume quelques cigarettes — même si on n'en a pas le droit — le temps passe de manière très différente, de manière plus brève. Dans les bureaux aussi, en fin de matinée, il y a beaucoup de gens qui fument : ils ont faim et le temps devient long. Une cigarette et le temps passe autrement. On peut un petit peu allonger ou raccourcir beaucoup de choses d'ailleurs, pas seulement le temps. Etirer les sensations. Quand on a faim ou, au contraire, quand on a trop mangé et qu'on doit retourner au bureau, une cigarette et ça passe mieux. Ce n'est pas un effet médical, direct, physiologique, mais c'est la perception que le temps ... ou au contraire quand on a trop de boulot, on a cette impression de se réfugier dans le peu de temps qui nous est donné. Je sens vraiment un

effet très différent sur le temps quand j'arrête de fumer. (...) Cette relation au temps ne renvoie pas seulement à l'isolement ou à l'introversion. On peut se mettre à deux dans un nuage de fumée. Dans un bistrot ou dans une soirée, on peut être dix dans ce même nuage. Avec le même nuage, on peut soit s'isoler, soit peut-être se rapprocher. On peut donc allonger ou raccourcir, modeler les matériaux comme le temps, la proximité — le besoin de s'isoler ou de se rapprocher — voilà. (8)

Il y a les cigarettes de base dans la journée qui sont celle après le petit déjeuner, celle après le déjeuner et celle après le dîner. Je crois que le manque vient surtout du goût qu'on a en permanence dans la bouche. Au moment où on mange, on a un autre goût dans la bouche et on veut essayer de retrouver ce goût [de la fumée]. Je crois que la dépendance est en fait beaucoup due à ça. On se lève le matin, on a la bouche pâteuse, on prend un petit déjeuner et on a le goût de chocolat, de jus d'orange qui peut être délicieux mais après on veut essayer de retrouver le goût du tabac. Ce n'est pas seulement la dépendance à la nicotine. (...) A mon avis, c'est un point essentiel de la dépendance. Il m'a fallu longtemps pour le comprendre. (9)

Bien que les membres du collectif aient rarement évoqué directement la question de la **dépendance** nicotinique ou de l'**accoutumance** à la nicotine (dans le sens où l'on parle, par exemple, de dépendance à propos des stupéfiants illégaux), ce problème apparaît assez souvent en filigrane dans les entretiens. C'est particulièrement le cas lorsque les fumeurs évoquent la consommation de cigarettes comme activité réflexe ou comme expérience gustative (cf. supra). On observe à cet égard que plusieurs membres du collectif ont pris conscience de leur compulsion à fumer sans pour autant pouvoir — ou vouloir — mettre en relation leur besoin irrépressible d'allumer une cigarette et l'action de la nicotine sur leur organisme. La recherche d'explications plus proches du sens commun, moins négativement connotées et plus familières à celui qui s'exprime illustre cette difficulté à traduire une réalité mal connue ou refusée.

Proposée par un des membres du collectif, la **synthèse** qui suit illustre toute la complexité du rapport entre le fumeur et la cigarette. Emise par une personne dont l'état de santé se ressent d'une déjà longue consommation, elle indique la variété des situations où il peut paraître nécessaire de recourir à la cigarette et l'éventail des effets qu'elle est supposée procurer.

Je dois dire que la cigarette c'est extraordinaire. Quand je suis fatigué, ça me stimule et quand je suis nerveux, ça me calme. Ça a toujours l'effet voulu. C'est vrai. Mais c'est plutôt lié au geste d'allumer, d'occuper les mains si je suis nerveux. Dans mon bureau, si le téléphone sonne, j'allume d'abord la cigarette et je réponds ensuite au téléphone. Parce que je suis excité : qui est-ce ? que veut-il ? y a-t-il des ennuis ? Alors la cigarette c'est un secours. Et le matin, quand je me lève — je me réveille difficilement, il me faut une bonne heure — alors deux ou trois cigarettes me font démarrer et retrouver le rythme. Le café et la cigarette. Boire un café sans fumer une cigarette c'est complètement absurde pour moi. Et puis comme étudiant, j'ai souvent dû travailler la nuit pour préparer les examens et la cigarette me stimulait. (...) Elle me permet aussi de remplir le temps quand j'attends le bus. (14)

3.5 FACTEURS SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER UNE RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION

Cette section décrit la manière dont les membres du collectif se profilent par rapport à quelques facteurs susceptibles de provoquer une réflexion à propos de la consommation de cigarettes et, le cas échéant, d'induire une diminution — voire un abandon — de celle-là :

- Risques pour la santé
- Maternité
- Restrictions imposées aux fumeurs
- Bonnes manières
- Coûts

3.5.1 Risques sanitaires associés à la consommation de cigarettes

Au jour de l'entretien, tous les membres du collectif avaient entendu parler des problèmes de santé imputables à la consommation de cigarettes. Certains n'en avaient qu'une connaissance indirecte (école, parents, lectures, avertissements imprimés sur les paquets de cigarettes) alors que d'autres en possédaient une expérience personnelle, soit à travers la dégradation de leur propre santé, soit pour avoir vu des proches atteints de maladies attribuées à leur consommation de cigarettes. Une catégorie particulière est constituée des membres des professions de santé (médecins, infirmières), que leur formation et leur activité professionnelles placent dans une position particulièrement propice pour connaître la nature et la gravité des atteintes liées à la fumée.

Quelques personnes font état de leurs craintes quant aux conséquences possibles de leur tabagisme. Il s'agit pour la plupart de membres des professions de santé. Leurs préoccupations demeurent cependant relativement modérées et ne paraissent pas en mesure, pour l'heure, de provoquer des modifications substantielles de leurs comportements.

Déjà éliminer les risques à long terme, c'est sûr. Quelque part, ça m'affole un petit peu. D'un autre côté, je ne me sens pas capable de surmonter maintenant le fait d'arrêter de fumer. Mais c'est clair que les problèmes cardio-vasculaires me font souci. Comme deuxième avantage, je verrais le fait d'avoir la voix plus claire car j'adore chanter et j'en souffre un petit peu. Ensuite pour l'haleine, parce que je trouve que ce n'est pas très agréable pour son entourage et même pour soi-même : je me lève souvent avec la bouche pâteuse. Et puis aussi au niveau du souffle, parce que je fais quand même pas mal de sport. Jusqu'à présent je n'en ai pas trop souffert mais il me semble quand même que ça se répercute sur mon souffle : je fais de la plongée et ça se voit vite au manomètre, l'aiguille ne descend plus si facilement. (5)

Je fais assez strictement la part des choses entre ma façon de vivre et ma façon de ... que ce soit par rapport à l'alcool ou par rapport à tous les facteurs de risque. Je fais bien la distinction entre le savoir médical, le savoir scientifique qui affirme certaines choses qui sont vraies — je ne vais pas les remettre en question — et ma façon de vivre. Je pense que ma façon de vivre est beaucoup plus compliquée qu'un texte de médecine. Mais ces conseils-là, j'en tiens quand même compte, je pense que c'est peut-être pour ça que je ne fume pas trop. Parce que je connais la nocivité du tabac, je sais bien que la cigarette peut altérer des choses. Mais mon but n'est pas de ne pas avoir un cancer ou un infarctus. Si je ne suis pas touché par ce

discours, c'est parce que je trouve que c'est un discours univoque, très simpliste, un peu morcelé. Il n'y a pas que ça, il y a aussi autre chose. (11)

Pour les autres informateurs, ni les connaissances acquises sur les bancs de l'école, ni les informations diffusées par la presse, ni les avertissements figurant sur les paquets ne constituent des facteurs susceptibles de déclencher une réaction. Plusieurs explications sont avancées par les intéressés pour justifier leur position. Certains mettent tout simplement en cause la véracité des informations concernant la nocivité de la fumée, invoquant le fait que l'on peut mourir du cancer sans avoir jamais fumé de sa vie ou dénonçant l'utilisation discutable de données statistiques pour effrayer la population. D'autres mettent en doute la bonne foi des donneurs de conseils — parents ou médecins — qui continuent eux-mêmes de fumer.

J'ai un ami de quarante-deux ans qui est décédé l'année passée d'un cancer. Il n'avait jamais fumé de sa vie ! Du cancer, il n'y a pas que les fumeurs qui en meurent. Mais si on donnait des cas concrets, une étude concrète, vraiment sûre, qui dirait par exemple — je donne n'importe quels chiffres — que 20% des fumeurs attrapent un cancer, là ça ferait réfléchir, mais pour autant que ça ne soit pas quelque chose de lancé en l'air comme ça. Pour l'instant, j'ai l'impression qu'on ne connaît pas encore les conséquences du tabac. On connaît sur le sida, on sait que c'est mortel, sûr, mais le tabac, il y en a qui fument toute leur vie trois paquets par jour jusqu'à huitante ans et qui sont encore très bien. (15)

Pour moi, les dangers du tabac c'est toujours un peu une légende, mais que j'entends de plus en plus souvent et dans une forme plus intrusive. Ça me dérange. Je trouve très exagéré [*lit sur le paquet*] : 'fumare mette in pericolo la salute'. 'Può mettere in pericolo la salute' ! On rencontre très souvent des 'informations' sous cette forme très affirmative que je ne suis pas d'accord de voir formulées comme ça en tant que scientifique. C'est une question de statistiques. Ça peut augmenter la probabilité de certains malaises, c'est sûr, mais énoncer une phrase comme ça : 'smoking causes cancer', ça n'est pas vrai. (14)

Tout en reconnaissant que fumer peut nuire à la santé, quelques informateurs estiment qu'ils sont eux-mêmes à l'abri du danger en raison de leur consommation limitée ou parce que, d'une manière plus générale, ils ne se sentent pas concernés par ces avertissements.

Quand j'ai commencé, il y a quatre ans, il y avait déjà des informations sur la nocivité du tabac, mais pas beaucoup. Je voyais seulement que c'était marqué sur les paquets que la cigarette met en danger ... problèmes cardiaques, cancers. En achetant des cigarettes, je savais qu'on pouvait avoir des cancers et des maladies vasco quelque chose ... mais je m'en foutais. (1)

Considérant leur état de santé actuel, certains membres du collectif constatent que leur consommation de tabac ne leur cause aucun préjudice ou, du moins, aucun préjudice grave à leurs yeux. Leurs performances sportives ne sont pas spécialement altérées et les résultats d'examen médicaux continuent d'être tout à fait satisfaisants. Il faudrait qu'ils soient eux-mêmes — gravement — atteints dans leur santé pour se décider à réduire ou à supprimer leur consommation.

Je ne vois pas une tête de mort chaque fois que je prends une cigarette. Je n'arrive pas à associer cigarette et troubles de santé. Ça ne me touche pas. Ça touche tous les autres mais pas moi. (...) Je sais que la cigarette, ce n'est pas bon — je suis bien placée pour le savoir — mais je n'ai pas la

motivation. Je ne suis pas une sportive de haut niveau mais, si je parcours un kilomètre à la nage, je n'ai pas l'impression d'être plus essoufflée que les autres. La cigarette ne me limite pas dans mes activités physiques. Il est possible que ce serait mieux si je ne fumais pas mais disons que je n'en vois pas les méfaits. (4)

Même en sachant ce que ma tante et ma mère ont souffert de la cigarette — ma tante a eu les poumons complètement desséchés, elle est morte de ça ; ma mère a été une trentaine d'années malade, elle a été sous oxygène vingt-quatre heures sur vingt-quatre — mais ça ne m'a jamais influencé pour arrêter de fumer. Je sais bien que tant qu'il ne nous arrivera pas quelque chose ... j'ai des copains qui ont arrêté du jour au lendemain parce qu'ils ont eu quelque chose, il y en a d'autres qui ont arrêté de fumer du jour au lendemain parce qu'ils avaient décidé. Moi je me dis qu'il faut que je fume moins, mais ... je ne sais pas, c'est dans la tête. (...) Ce qu'il me faudrait, je ne sais pas ... un mauvais coup. Une grosse peur. Je pense que j'arrêtera. Mais tant qu'on n'a pas de frayeur ... Parce que j'ai bien croisé des gens avec un trou dans la glotte quand j'ai été hospitalisé dernièrement. Ça ne m'a rien fait. Et je ne peux pas dire que je n'ai rien, parce que je suis effectivement mal foutu des poumons. Mais je n'ai pas assez peur pour arrêter.(...) Il faudrait qu'il m'arrive un infarctus ou un truc comme ça ... Je pense que là, j'arriverais à arrêter. Autrement, depuis le temps que je fréquente les médecins et que tous me disent d'arrêter ou au moins de beaucoup diminuer. (18)

Enfin, plusieurs informateurs conscients des dangers liés à la fumée considèrent que la vie appelle des choix dont peuvent découler des risques et qu'il faut savoir les assumer.

J'étais d'accord de prendre ce risque. Je ne sais pas si c'était aussi par défi, pour prendre des risques, parce qu'il me semble qu'il y a d'autres moyens, mais peut-être bien que c'était ça aussi. La vie est faite de défis, ce n'en était qu'un supplémentaire. (4)

De plus, je suis susceptible d'avoir des bronchites carabinées, des sinusites aussi. Maintenant je suis en traitement dentaire de parodontie et je sais très bien que le tabac n'est pas bon pour les gencives. Ça ne me fait ni chaud ni froid. Je sais. Je suis grande. J'ai signé. C'est mon corps et j'en fais ce que je veux. Je suis informée. (7)

3.5.2 Grossesse et maternité

Il s'agit là encore d'un problème de nature sanitaire. L'objectif est cependant différent puisque c'est le fœtus puis l'enfant qu'il convient de protéger des conséquences nocives de la fumée. Les femmes sont bien informées de ces risques. On constate même qu'elles ne se satisfont pas de ce qu'elles ont pu lire ou entendre avant leur grossesse mais qu'elles recherchent activement des informations. A quelques exceptions près, les femmes qui ont été interrogées ont une position homogène : pas de cigarettes durant la grossesse ... ou alors le moins possible. Ce choix est tout autant celui des femmes qui ont déjà connu un tel événement que de celles qui envisagent une grossesse pour le futur. Les exceptions à la règle concernent des femmes dont les grossesses datent d'une vingtaine d'années au moins et qui se sont déroulées dans un climat conjugal perturbé.

Dans leur volonté de protéger leur enfant, les femmes sont souvent soutenues par leurs partenaires. Grossesse et maternité peuvent être aussi l'occasion, pour eux, de mettre un terme à leur consommation — à tout le moins d'essayer de le faire. Au delà d'un tel soutien,

une informatrice fait même état des pressions que son partenaire exerce sur elle pour qu'elle arrête de fumer en prévision d'une grossesse.

Pour mon copain c'est évident que — bon, maintenant il sait, parce qu'on a eu plusieurs amis communs qui ont eu des bébés et qui ont dit que les gynécologues tolèrent un certain nombre de cigarettes quand on est vraiment fumeur — mais pour lui c'est évident que quand j'aurai un enfant à élever, je ne fume pas quand l'enfant est là. Pour lui c'est clair. En gros : dans l'appartement je continuerai à ne pas fumer et quand on est dehors et que l'enfant est tout près, on ne fume pas ! Pour lui c'est ça et pas autrement. C'est bien, parce que je me dis que ça me fera fumer moins et puis c'est vrai que c'est mieux qu'un enfant soit dans un environnement non fumeur. (26)

3.5.3 Interdictions, mise à l'écart des fumeurs

Depuis plusieurs années, les espaces où il est interdit de fumer se multiplient et des pressions plus ou moins explicites sont exercées un peu partout sur les fumeurs pour qu'ils s'abstiennent de consommer en présence d'autres personnes. Les interdictions imposées dans le contexte scolaire sont anciennes. Celles concernant les lieux de travail, les transports et établissements publics ainsi que certains grands espaces publics (gares, aéroports, rue) sont plus récentes. Le débat est particulièrement ouvert en ce qui concerne des pays tels que les Etats-Unis ou la France qui connaissent un régime d'interdiction nettement plus sévère que celui qui prévaut en Suisse.

Globalement, les restrictions à la consommation et leur extension récente ne soulèvent pas l'opposition des fumeurs. Plusieurs personnes considèrent qu'elles sont bienvenues car elles leur permettent de limiter leur propre consommation certaines en venant même à souhaiter qu'elles soient encore étendues ou prenant des dispositions pour en imposer là où elles ont la capacité de le faire. Les restrictions sont cependant moins bien tolérées lorsqu'elles concernent le domicile.

Ça m'embête un peu mais je reconnais que d'être dans un lieu fermé — comme dans un bus — qui ne sent pas la fumée, c'est très bien. (7)

Je trouve qu'elles ne sont pas assez importantes. C'est scandaleux qu'on puisse sortir en ville, aller dans un restaurant et être enfumé comme maintenant. C'est abominable. Je trouve que pour le bien des fumeurs et des non-fumeurs, mais surtout des deuxièmes, ce serait important d'être beaucoup plus restrictifs. En tout cas dans les lieux publics ou dans les endroits où l'on travaille. (...) Maintenant, je me rends bien compte du problème que c'est devenu pour moi, le tabac. Ces temps, c'est un leitmotiv dans ma vie. C'est que j'en peux plus, j'ai envie d'arrêter de fumer et je ne supporte plus d'être fumeur comme ça. Je trouve que ce serait un effort normal à fournir par un fumeur que d'aller fumer dehors s'il en a envie. Mais qu'il ne fasse pas souffrir tout le monde de son tabagisme. (13)

Rares sont toutefois les membres du collectif à aller aussi loin dans leur adhésion aux restrictions. La plupart souhaitent qu'elles ne prennent pas une extension comparable à celle que connaissent les Etats-Unis ou la France pays où, de l'avis de plusieurs, on fait preuve de sectarisme à l'endroit des fumeurs.

S'ils comprennent et respectent les interdictions de fumer, plusieurs membres du collectif n'en réagissent pas moins à ce qu'ils perçoivent comme une dévalorisation progressive du fumeur. La figure du fumeur n'est plus connotée positivement comme elle avait pu l'être

autrefois ('avant, on était un peu spécial si on ne fumait pas mais maintenant, les fumeurs sont des inconscients' — no 26). La mise à l'écart — parfois agressive — dont ils font l'objet les amènent à se percevoir comme des sortes de parias, des personnes que l'on peut reléguer dans la partie la moins agréable des lieux publics. Il peut en résulter des sentiments de honte, de culpabilité, de gêne voire de révolte lorsque le fumeur constate que toutes les dépendances ne sont pas justiciables d'un traitement analogue.

Aujourd'hui, on se sent plutôt membres d'une caste, celle des fumeurs opposée à celle des non-fumeurs. Il y a une sorte de rejet des fumeurs de la part des non-fumeurs et vice-versa. On sent que la cigarette est en quelque sorte passée de mode. On commence un peu à réagir. La mode est plutôt la bonne santé qu'au style fumeur intellectuel en train d'écrire son bouquin dans une ambiance enfumée. C'est un peu du passé ça. Maintenant, c'est plutôt le sportif. J'ai l'impression que l'image du héros, de l'aventure, c'est maintenant fini ; c'est ce qui nous a donné envie de fumer mais cette image-là c'est désormais fini. (9)

J'ai l'impression qu'on associe actuellement souvent fumeur et faiblesse. Par moment, j'ai l'impression d'être faible face à des non-fumeurs ou à des personnes qui ont eu le courage d'arrêter de fumer. (9)

Je trouve injuste qu'aucune campagne — ou très peu — ne soit faite contre l'alcool, qui est tout aussi dangereux pour la santé et beaucoup plus dangereux du point de vue social. Les alcooliques c'est un danger beaucoup plus grand pour la société. (...) L'extension des campagnes provoque chez moi un sens de culpabilité. Je me sens culpabilisé tout le temps. (14)

Quelques fumeurs réagissent à cette situation, certains en défiant ceux qui prétendent leur interdire de fumer et d'autres en insistant sur les caractéristiques positives des fumeurs (sociabilité, humour, etc.).

On fait beaucoup de démarches par rapport à la fumée. Dans la salle des maîtres, il y avait trois tables pour fumeurs, puis deux tables, puis on a acheté une grosse machine qui aspire la fumée et qui est collée contre une porte. Elle est d'un bleu roi pétant, alors ça se voit. La table des fumeurs est juste devant. Et comme ça aspire et que ça renvoie l'air de l'extérieur, c'est glacial. Alors il y a déjà un petit côté paria et lorsqu'on se plaint qu'on choppe la crève, on nous répond que nous saurons enfin pourquoi nous toussons. Il y a donc tout ce mouvement là, les plaisanteries. (...) Nous fumeurs, nous sommes maintenant tous des parias qu'on met au fond d'une pièce. Mais ça fait une joyeuse équipe et les non-fumeurs viennent vers nous : 'chez vous on se marre'. C'est le paradoxe : on attire des gens qui nous fuyaient. (7)

3.5.4 Bonnes manières

Le savoir-vivre englobe un ensemble de règles non écrites ayant pour objectif de déterminer qui, dans quelles circonstances et à quel endroit est autorisé à fumer — ou plutôt devrait s'abstenir de fumer. A ce titre, il possède certains traits communs avec les interdictions évoquées à la section précédente. Plusieurs membres du collectif ont évoqué ces normes implicites comme autant de facteurs susceptibles de limiter leur consommation de cigarettes.

Ce sont essentiellement les égards dus à son partenaire ou aux personnes avec lesquelles on partage un lieu — ne serait ce que l'espace d'un instant — qui ont été envisagés comme des moyens de limiter temporairement sa consommation. Dans un certain nombre de situations, des fumeurs membres du collectif étudié se sont durablement abstenus de fumer en présence

de personnes — souvent leurs partenaires — qui ne fumaient pas ou qui avaient arrêté de fumer. Le respect de la norme n'appelle en principe aucune intervention de la part des tiers.

Je pense que si j'étais avec une non-fumeuse, je calmerais certainement ma consommation. Pour son confort, j'évitais de trop fumer à la maison. Aujourd'hui déjà, je ne fume pas dans ma voiture. Plutôt : comme j'ai une décapotable, si elle est ouverte je fume, autrement non — même si mon amie est fumeuse aussi — car l'habitacle est si petit. Je ne suis pas dérangé par l'odeur de fumée, c'est plutôt pour le confort de l'autre. Il faut un minimum de respect, même si c'est une personne fumeuse. Mais si je me trouve seul dans ma voiture, je fume même à toit fermé. (9)

Dans certaines circonstances, les fumeurs sont exposés à des manifestations ostensibles de dérangement de la part de leur environnement : remarques, demandes pressantes. Il s'agit de rappels plus ou moins insistants de normes de savoir-vivre. Les fumeurs y donnent en principe suite mais peuvent en concevoir des sentiments de gêne voire y réagir de manière à démontrer que les fumeurs méritent aussi certains égards. L'expérience montre cependant que si les fumeurs peuvent faire en sorte de ne pas incommoder leur partenaire, il faut que ce dernier exerce une pression explicite et relativement importante pour obtenir que l'autre mette un terme à sa consommation.

La première personne que j'ai connue et avec qui j'ai vécu sept ans n'était pas fumeur. Avec lui, je fumais quand même. Mais je ne fumais pas à la maison. On vivait ensemble mais je fumais ailleurs, au travail ou lorsque nous étions à l'extérieur. Il me faisait des remarques. Donc, je faisais très attention quand j'étais avec lui. (...) Ça m'amenait à moins fumer. Mais je n'ai jamais arrêté malgré ça. Il n'était pas assez motivant pour que j'arrête : il me faisait des remarques mais il ne m'a jamais mis le couteau sous la gorge en me disant 'si tu n'arrêtes pas de fumer, on ne se voit plus' ou des choses comme ça. (...) Du moment que c'était soft, je faisais comme je voulais mais je respectais quand même le fait que la personne n'était pas fumeuse, qu'il ne fallait pas lui mettre la fumée dans le nez, et que la maison ne devait pas sentir mauvais. (12)

Si une large proportion des membres du collectif ont mentionné les égards dont ils font preuve à l'endroit des personnes qui les entourent, deux seulement ont relevé les limites que les convenances fixent à la consommation de cigarettes de la part de femmes : ne pas fumer sur la rue. Cet impératif a été en mesure de freiner la consommation d'une personne mais il était en revanche totalement ignoré d'une autre, adolescente actuellement.

Je n'avais pas le droit de fumer chez eux [fille au pair], pas même dans ma chambre. Alors je fumais à l'extérieur, je fumais dans la rue. Ça devait être la première fois parce que, quand j'étais adolescente, ça ne se faisait pas de fumer dans la rue, ça faisait vulgaire. C'était une éducation comme ça. Même maintenant, ça ne passe pas forcément bien de fumer dans la rue pour une femme. On admet qu'un homme fume dans la rue, mais une femme, quel que soit son âge, ça passe mal. Ça vient de mon éducation. Si j'ai dû le faire à Londres, c'est parce que je ne pouvais pas le faire à la maison, et qu'en plus j'étais bien plus anonyme que dans mon petit village. (12)

Une fois, ma patronne m'a dit que c'était vulgaire de fumer sur la rue. Je ne vois pas pourquoi. Si ça me dérangeait de fumer sur la rue, c'était parce que je craignais que quelqu'un qui me connaissait me voie et le dise à mes parents. (2)

3.5.5 Coûts

L'argument du prix des cigarettes et de l'effet éventuellement inhibiteur de sa hausse n'a pas été souvent abordé par les informateurs. Il est essentiellement perçu comme un obstacle par les plus jeunes fumeurs, écoliers et apprentis. S'agissant des membres du collectif disposant de revenus 'normaux', cet effet n'est pas durable.

Je suis un peu avare. Quand je vois que le prix de la cigarette augmente, chaque fois j'enrage et je me dis 'le prix augmente de 10%, alors je réduirai ma consommation de 10% !'. Mais ça ne joue que pour quelques jours. (14)

3.5.6 Imitation

L'imitation d'autrui, qui joue un rôle important dans l'initiation à la cigarette, pourrait également jouer un rôle, à l'avenir, dans son abandon. La proportion des non-fumeurs tendant à croître, le modèle dominant pourrait éventuellement se renverser et amener des fumeurs à renoncer progressivement à consommer.

J'associe essentiellement ma consommation de tabac — au début en tout cas — à un phénomène de mode. Comme je commence à me sentir un peu à contre-courant — on rencontre beaucoup de non-fumeurs — ça m'interpelle quelque part. Ce n'est pas agréable de sentir qu'on gêne, ce n'est pas agréable non plus de sortir sur un balcon pour fumer sa cigarette en plein milieu d'une discussion. C'est plus par rapport à un phénomène de société que j'arriverais à arrêter. (5)

3.6 RÔLE DU MÉDECIN (OU DU PERSONNEL DE SANTÉ)

Le collectif étudié est composé de personnes qui fument depuis plusieurs années. Une partie d'entre elles ont déjà essayé d'abandonner la cigarette ou de réduire leur consommation (cf. Tableau 3, section 3.10, 'connaissance des méthodes de désaccoutumance'). Certaines souffrent d'affections en rapport avec cette consommation ou susceptibles de s'aggraver en raison de celle-ci. Les deux sections qui suivent présentent d'une part les expériences que ces personnes ont faites, en tant que patients, en matière de prise en charge de leur tabagisme et, d'autre part, leurs conceptions au sujet de ce que devrait être cette prise en charge.

3.6.1 Constaté

Aux dires des patients, la majorité des membres du collectif ont bénéficié d'un intérêt limité de la part du médecin en ce qui concerne leur tabagisme. Les praticiens se renseignent assez systématiquement sur l'importance de la consommation et diffusent quelques recommandations, souvent ressenties comme stéréotypées et faisant partie de la 'routine' du médecin. Il arrive que ces recommandations soient mal comprises par le patient qui s'alarme à l'excès (no 1) ou entreprend des démarches qui peuvent laisser songeur (no 2). Dans un certain nombre de situations où il a affaire à un patient qui le consulte régulièrement, le médecin peut aussi reconnaître l'inutilité de ses efforts et renoncer à insister (no 10).

C'est lui [le médecin qui le suit] qui m'a demandé si je fumais. J'avais peur qu'il le dise à mes parents mais il m'a expliqué qu'il y avait le secret professionnel. C'est quand même son rôle de veiller à la santé. Les renseignements qu'il m'a donnés m'ont fait peur. Je me suis mis dans la tête que j'avais un cancer. J'étais tout le temps malade, j'avais tout le temps

des bronchites et des sinusites. J'ai eu peur et j'ai gardé cette peur pour un moment. (1)

Mon médecin généraliste m'a déjà posé des questions, mais pas celui du planning familial. Je pense que c'est normal. Il a besoin de savoir. Ça peut lui expliquer ... j'y suis allée cet hiver pour une grosse pneumonie ... il m'a dit qu'il faudrait diminuer voire arrêter. Il m'a dit de manger mes cigarettes si j'avais besoin de nicotine. J'ai essayé, c'était dégueulasse. Ma mère a essayé en mélangeant le tabac avec du yogourt. (2)

Mon médecin me l'a toujours dit [nocivité du tabac]. Il me dit 'de toute façon ce n'est pas la peine que je vous demande d'arrêter de fumer, je sais que vous ne le ferez pas'. (10)

L'attention portée au tabagisme du patient est renforcée lorsque celui-ci souffre de problèmes entretenant une relation plus ou moins directe avec sa consommation de cigarettes. Les médecins peuvent se montrer alors plus interventionnistes.

Lorsqu'il a constaté que j'avais une artère bouchée, il m'a dit qu'il faudrait essayer d'arrêter de fumer. (...) Je l'ai écouté et puis ... je fume un petit [*'petit' accentué*] peu moins qu'avant. C'est un conseil, pas une interdiction. (25)

Maintenant, par contre, j'ai des problèmes. De l'hypertension et peut-être aussi des dysfonctionnements cardiaques. Même dans cette situation, j'ai beaucoup apprécié : les médecins ont tous demandé : 'vous fumez ?', 'oui', 'vous fumez fort ?', 'oui', 'beaucoup ?', 'beaucoup', punto e basta. Ils n'ont pas fait de commentaires et j'ai apprécié ça parce que je ne suis quand même pas convaincu que ça a un effet vraiment sérieux. Aujourd'hui, pour la première fois, le médecin m'a dit 'oui, vous fumez beaucoup, ce n'est pas bon non plus'. Mais il ne me l'a pas déconseillé. Il a constaté que ce n'était pas la meilleure des choses que je fasse. Peut-être suis-je quand même d'accord que si je fume moins, ça me fera moins de mal. (14)

Au relatif manque d'intérêt d'une partie des médecins répond le malaise des patients. La plupart n'ignorent pas que leur consommation les expose à des problèmes de santé mais, peu désireux d'y mettre un terme, ils perçoivent les observations du praticien comme un 'mauvais moment à passer'. Aucun ne conteste cependant au médecin le droit — ou le devoir — de se préoccuper de son comportement tabagique.

Tous les médecins m'ont posé la question, mais le seul à m'avoir demandé si je ne voulais pas arrêter c'était celui de la thalassothérapie. Les autres c'était 'vous fumez ?' 'combien ?'. Mais ça suffit, parce qu'en général, quand on n'est pas très à l'aise avec ça, le seul fait qu'on vous demande si vous fumez vous dites 'oui' [*voix traduisant un sentiment de culpabilité*] puis on vous demande 'combien ?'. Vous répondez 'un paquet' mais vous savez — moi en tout cas — qu'il vaudrait mieux dire 'non, zéro paquet'. On a honte. Et puis je peux vous dire : les gens qui disent 'un paquet', le médecin peut facilement écrire dans son dossier 'un et demi' parce qu'on n'ose jamais dire combien on fume. On réduit parce que quand vous arrivez à un paquet et demi vous n'êtes pas très à l'aise. Le paquet c'est un peu une limite. (12)

Je n'aime pas qu'on me prenne pour un gamin quand on parle de la cigarette. C'est le seul truc que je n'aime pas. Autrement, je suis d'accord qu'un médecin me sensibilise à ça ou qu'il me dise que j'ai les poumons irrités, que je suis un peu rouge ou je ne sais quoi. C'est son métier. Le rôle

du médecin, c'est effectivement de faire attention à la santé de ses patients ; donc c'est normal. Mais il [mon médecin de famille] m'a dit ça au début et c'est tout. Il a arrêté parce qu'il estimait que j'étais assez grand pour savoir ce qu'il fallait faire. J'ai vu plusieurs autres médecins depuis. Le seul qui m'a conseillé, c'est ici à la PMU. (15)

Les médecins ne sont pas toujours pris au sérieux lorsqu'ils diffusent des conseils préventifs. Le fait qu'ils soient eux-mêmes fumeurs ou qu'ils soient supposés l'être entraîne les patients à considérer avec beaucoup de réserve ce qu'ils leur communiquent à propos des risques du tabac.

Tous ce sont sentis obligés de me faire la morale ! Non, pas tous, pas encore celui-ci. Disons que quand un médecin me dit ça avec son paquet de cigarettes qui dépasse de la poche, ça me fait assez rire jaune. (2)

Quelques patients ont recherché l'aide de leur médecin lors de tentatives de sevrage. Leurs témoignages indiquent qu'ils n'ont souvent pas fait preuve de la ténacité attendue et qu'ils ont renoncé assez rapidement à poursuivre l'expérience, peu satisfaits des premiers résultats obtenus (ou de l'absence de résultats immédiats). Les informations obtenues de leur part suggèrent par ailleurs que les médecins n'ont de leur côté pas toujours organisé de manière suffisamment efficace le suivi de leurs patients.

Lorsque j'ai essayé les patchs, j'en ai mis un mais j'ai quand même fumé. Alors c'est inutile. Le médecin m'avait donné le patch mais sans d'autres rendez-vous chez lui : j'étais sa patiente, mais entre-temps je n'avais pas à retourner à la consultation. Il ne s'est jamais inquiété de savoir comment ça avait été. Par la suite, j'ai été demander une autre fois, mais j'ai fait pareil, ça n'a pas suffi. Le médecin me donnait l'ordonnance et c'est tout. Il ne discutait pas des difficultés que je pouvais rencontrer. Il m'a proposé le plan de cinq jours. Il m'a conseillé ça et c'est tout. Et moi je n'y croyais pas. J'ai fait ça quelques jours et puis j'ai arrêté. Je n'ai pas pris toute la boîte. (27)

3.6.2 Attendu

Les membres du collectif possèdent des attentes relativement contrastées à propos de la manière dont ils souhaitent que les médecins prennent en charge leur consommation de tabac. Une partie d'entre eux ne désirent pas que les praticiens imposent leur point de vue sur la fumée et cherchent à obtenir des changements de comportement que le patient n'est pas — encore — disposé à envisager. Un tel point de vue ne signifie toutefois pas que le médecin doive s'abstenir d'aborder le sujet. Il doit au contraire se préoccuper systématiquement de la situation de son patient de manière à pouvoir comprendre si ce dernier souhaite ou non qu'il intervienne et lui propose une aide dans ce domaine.

C'est le rôle du médecin de prévenir, mais je pense que c'est au médecin d'être assez diplomate pour savoir d'abord à qui il a affaire et s'il peut vraiment se mêler de la vie de l'autre. Remarquez qu'un médecin est censé bien connaître son patient et pouvoir se mêler un petit peu de sa vie. Mais je pense que tout dépend de la manière dont c'est expliqué. Le médecin doit effectivement évoquer la question de la fumée. Après, si le patient a envie d'en entendre plus, le médecin doit l'informer. Je ne pense pas que le médecin doive trop insister. Je pense que c'est valable lorsque le médecin le fait auprès d'enfants, très jeunes déjà. (...) Pour en revenir à moi, si je veux des informations, je demande à mon médecin et il doit me l'expliquer à ce moment-là. Mais si je ne veux pas d'informations, il peut toujours me dire

'vous savez, c'est dangereux'. Mais ça fait dix-sept ans que je sais que le tabac est dangereux. Il ne va donc rien m'apporter de plus. (9)

La qualité de l'information offerte aux patients constitue une préoccupation de toute première importance. Elle possède un double aspect : elle devrait être exhaustive et présenter les faits de manière objective d'une part et elle devrait être adaptée à la réalité de chaque patient d'autre part. Elle doit procurer au patient tous les éléments lui permettant de prendre une décision personnelle quant à une éventuelle démarche de sevrage. Cette attente impose que le médecin connaisse bien son patient et qu'il parvienne à situer sa consommation de tabac dans une perspective globale où sa signification et ses implications soient clarifiées.

Plusieurs médecins m'ont dit que c'est très nocif de fumer, que je devrais arrêter une fois pour toutes. Mais je ne suis pas sûr qu'ils m'aient fait assez prendre conscience que c'est mon problème que c'est une question de libre choix. Les médecins réagissent trop comme si le patient était une machine qu'ils doivent réparer. Le Dr *** sait renvoyer ça comme un miroir. Il renvoie le patient à son libre arbitre. Il sait lui faire prendre conscience de son corps, de ses faiblesses, de ses limites — qui sont différentes d'une personne à l'autre. Les médecins ne savent pas toujours faire passer ce message. Juste dire 'c'est mauvais pour la santé' ne suffit pas. (8)

Si un médecin m'explique comment ça agit, sur quoi ça agit, combien, etc. alors là je serais partisan de reconsidérer la quantité. Mais ce n'est pas possible qu'un peu de quelque chose soit nocif. Même des poisons déclarés comme tels, ça ne vous fait rien si vous en prenez un tout petit peu. (...) Donc si un médecin me dit 'voilà [explication attendue], donc réduisez vos doses', là je suis d'accord. Mais s'il me dit d'arrêter carrément, là ça ne va pas. Je suis quelqu'un de très sceptique. Je crois très difficilement quelque chose tant que ce n'est pas vraiment prouvé comme les lois de Newton. (14)

A ce stade, il est intéressant de constater que les soignants membres du collectif font état de leur manque de formation et d'expérience dans ce domaine et qu'ils adoptent une attitude plutôt 'passive', adaptant leurs démarches à la demande du patient. C'est avant tout lorsqu'ils ont affaire à des personnes souffrant de troubles associés à la fumée ou lorsqu'ils prennent en charge des adolescents qu'ils peuvent envisager une approche plus 'dirigiste' et imposer des messages de prévention ou conseiller de limiter la consommation voire d'y renoncer.

Je n'ai pas d'expérience à ce propos mais je pense que le médecin doit sensibiliser le patient tout en gardant la perspective de complexité de la personne. Je pense que le médecin doit proposer différents types d'aide à la désaccoutumance, mais qu'il doit surtout voir si cela s'articule à la demande du patient. Ce qui me ferait réagir — peu importe s'il s'agit d'un adolescent ou d'un autre patient — c'est la quantité consommée. Si un adolescent me dit qu'il fume une ou deux cigarettes je m'en fous. (11)

Je pense que ça dépend du patient. Il y a des patients qui ont besoin du médecin pour arrêter de fumer, d'autres pas du tout. Ça dépend aussi de leur motivation. Pour moi, c'est clair que le patient qui a fait un infarctus, qui est mal en point, le médecin lui dit 'voilà, vous avez fait votre infarctus, les risques sont tels qu'il faut arrêter de fumer'. Je pense que c'est au médecin de prendre en charge. C'est aussi un peu plus facile du point de vue médical. Autrement, on fait son petit laïus et puis on laisse le patient partir avec ses cigarettes. (4)

Pour ma thèse, j'ai dû lire plusieurs articles scientifiques qui montrent l'impact du conseil du médecin à propos de la fumée. Ça m'a rendu

conscient. Jusqu'à maintenant, en tant que médecin, je n'avais pas tellement investi cet aspect, mais dorénavant je serai nettement plus attentif. Les études ne m'avaient pas très bien préparé à ça, ni aux méfaits du tabac, si ce n'est d'une façon très générale. (13)

S'ils devaient envisager d'abandonner leur consommation de cigarettes avec l'aide d'un médecin, certains membres du collectif souhaiteraient pouvoir disposer d'un suivi très attentif, en profondeur. A cet égard, les aides à caractère médicamenteux paraissent à la limite moins importantes — voire inutiles — que la qualité de la relation thérapeutique et la possibilité pour le patient d'être pris en compte dans toutes ses dimensions et de pouvoir faire part du déroulement de la démarche.

J'aurais besoin d'un remplacement [substitution]. Ces espèces de filtres avec de la nicotine dedans, ou les patchs ... Non, peut-être pas les patchs. Mais surtout un suivi. J'ai vu que, pour l'alcool et la dépression, ça a fait beaucoup. C'est essentiel. J'ai vu qu'avec le Dr ** je venais deux fois par mois et ça m'a beaucoup aidé. C'est quelqu'un de bien. Vous discutez avec quelqu'un qui n'est pas de votre famille, qui connaît vos problèmes parce que vous les lui racontez. Ça permet de décompresser. (...) Ici, le Dr ** m'écoutait et il me répondait. Comme on discute maintenant ici tous les deux. (16)

Je fais tous les ans un contrôle reins-vessie car j'ai des problèmes. La dernière fois, le docteur était un peu plus ferme en me demandant d'arrêter de fumer. J'essaie de garder cette phrase, j'essaie de me dire que c'est la blouse blanche, le médecin qui va me soigner, me convaincre, puisqu'il est une blouse blanche. De mon côté, j'essaie aussi de me dire qu'il faut que j'arrête, puisqu'il appuie. Et vis-à-vis de lui, peut-être que j'aimerais aussi arrêter de ... en tout cas de moins fumer. Il y a un autre docteur qui me l'avait demandé avec un 'revenez d'ici six semaines'. Pour lui, j'étais le client. Celui-ci, par contre, j'aime bien. (...) Je veux prendre cette phrase 'essayez d'arrêter de fumer' comme venant de mon médecin — Hippocrate, tout ça — qui veut faire quelque chose pour moi, qui veut me soigner. L'autre me disait 'revenez d'ici six semaines'. (17)

Les attentes à l'endroit des médecins peuvent être aussi plus modestes, voire inexistantes. Une telle attitude renvoie aux convictions de certains membres du collectif (membres du corps médical — no 4 — ou non — no 15), convaincus que c'est avant tout la volonté qui permet de s'affranchir de la dépendance à l'endroit des cigarettes.

En tout cas, je ne voudrais pas ressentir des symptômes physiques du manque. C'est clair que je mettrais des patchs ou que je prendrais de la nicotine. Je n'aurais pas envie d'être ballonnée, d'être ... non ! Et que me faudrait-il d'autre ? Je ne sais pas si j'aurais besoin d'un soutien, je n'en suis pas certaine. J'aime bien faire les choses toute seule. Je pense que je serais assez capable d'arrêter par défi, mais c'est clair alors que je reprendrais. Il faut être logique : je n'ai pas de motivation pour arrêter de fumer. Alors je peux tout à fait le faire par défi. Je pense que c'est une période d'un mois qui est difficile — à cause du manque — mais je pense que si on arrive à passer ce mois grâce à des patchs, ou même sans, si on place le défi assez haut, le stress du manque de cigarettes est compensé par autre chose. Mais une fois le défi surmonté, la compensation n'y serait plus, et je refumerais. (4)

Qu'on me propose une méthode pour arrêter de fumer ? Je dis non. Parce qu'il faut que j'aie envie d'arrêter de fumer. Si j'ai envie d'arrêter de fumer,

je n'ai pas besoin de mettre les patchs ici ou là, je n'ai pas besoin de me mettre une boucle dans l'oreille ou quelque chose comme ça. Si j'ai envie d'arrêter de fumer, je prends une semaine de vacances, je vais à la montagne et je pars sans cigarette. Là je vais arrêter de fumer. C'est là-dedans [*désigne la tête*] que ça va se passer. C'est clair, au début le corps va demander ça, mais je pense que c'est une question de volonté. (15)

3.7 STADE ATTEINT (SELON PROCHASKA)

Le *Transtheoretical model of health behavior change* élaboré par Prochaska et DiClemente décrit la succession des phases par lesquelles passent les personnes qui modifient (ou cherchent à modifier) leur comportement dans tel ou tel registre de la prévention sanitaire. Cinq stades se succèdent : pré-contemplation (le sujet n'envisage pas de modifier son comportement), contemplation (le sujet envisage de modifier son comportement dans les six mois à venir), préparation (le sujet envisage de modifier son comportement dans le mois à venir), action (le sujet est en train de modifier son comportement ou l'a modifié depuis peu de temps), maintenance (le sujet a modifié son comportement depuis plus de six mois). Le modèle envisage en outre la situation de rechute qui ramène le sujet à l'un ou l'autre des trois stades précédant la phase d'action. La présente étude étant consacrée à un collectif de fumeurs, seuls les trois premiers stades entrent en considération.

Les différents stades caractérisant le *Transtheoretical model of health behavior change* ne sont pas uniquement définis par le laps de temps séparant le sujet d'une modification de son registre comportemental. A chaque stade interviennent également des modifications dans la manière dont le sujet perçoit le problème et se situe par rapport à celui-ci. Ces modifications ne sont pas simplement d'ordre cognitif. Elles concernent aussi le champ affectif. Dans un article publié en 1983 Prochaska et DiClemente⁷ établissent que le stade de 'contemplation' est caractérisé par une prise de conscience (*consciousness raising*) et, vers la fin du stade, par une auto-réévaluation du sujet. En 1988, Prochaska et al⁸ précisent que la prise de conscience se traduit en particulier par un accord avec les énoncés suivants : 'je me souviens d'articles évoquant le problème de l'abandon du tabac' ; 'les informations et les recommandations publiées dans la presse à propos de comment arrêter de fumer me donnent à réfléchir' ; 'je me souviens des renseignements sur comment arrêter de fumer que m'ont donnés certaines personnes' ; 'je me souviens des informations qui m'ont été personnellement données à propos des bénéfices liés à l'arrêt de la fumée'. Quant à l'auto-réévaluation, elle correspond à l'adhésion aux énoncés suivants : 'ma dépendance par rapport à la cigarette me gêne' ; 'je suis de mauvaise humeur quand je pense à mon comportement de fumeur' ; 'je réfléchis au fait qu'être satisfait de moi implique de changer mes habitudes de fumeur' ; 'je me débats avec l'idée que fumer contredit l'image d'individu responsable et soucieux de bien faire que je me fais de moi-même'.

Il n'y a pas toujours concordance entre la classification qu'il serait possible d'effectuer en retenant le seul critère 'temporel' (laps de temps nécessaire pour mettre un terme à la consommation de cigarettes) et le critère 'cognitif et représentationnel' (attention vouée à la question du tabagisme et attitude personnelle par rapport à ce dernier). Plusieurs informateurs se sentent mal à l'aise dans leur rôle de fumeur sans pour autant remplir les conditions permettant de les catégoriser dans le stade de contemplation tel qu'il est défini par Prochaska et al (aucune décision formelle d'abandonner la cigarette dans les six mois à venir). Ils adhèrent pourtant aux énoncés mentionnés au paragraphe précédent et pourraient être néanmoins rangés, à cet égard, dans cette catégorie (12 et 13).

C'était en '93, le 8 septembre '93, je me rappelle, c'était important. C'était une date buttoir, c'était 'stop, demain fini'. Ce qui m'y a amené : j'étais de plus en plus dans les milieux non fumeurs, j'étais toujours embêtée avec mes cigarettes, je me rendais compte que ça commençait à m'énerver de fumer parce qu'il faut toujours courir après les cigarettes, tout à coup vous n'en avez plus et vous êtes prête à faire n'importe quoi pour en avoir, etc. Je me regardais fonctionner et je me voyais prête à faire n'importe quoi pour aller chercher un paquet de cigarettes. Pendant l'été j'étais partie vivre trois semaines sur un bateau en Polynésie. On était six et j'étais la seule à fumer. Bon, on est à l'extérieur, donc ça va, je fumais. Mais en même temps, à l'extérieur, comme ça en mer, la cigarette n'est pas bonne, je ne savais pas pourquoi je fumais, je trouvais stupide de fumer comme ça. Je voyais les gens autour de moi faire sans et je me disais 'mais pourquoi je fais ça ?'. Je ne savais plus pourquoi je fumais et je me disais 'il faudra que j'arrête'. Petit à petit, ça commençait à me dégoûter ; je n'aimais plus fumer ; je n'aimais plus me voir fumer. Toute cette démarche est une démarche qui prends du temps hein, parce qu'elle est venue petit à petit. Tout à coup je me suis dit 'c'est dég' ce que je fais, c'est dégoûtant !' Je me regardais fumer [*bruit des lèvres qui tirent sur la cigarette*]. Je me voyais tirer sur cette cigarette et je me disais 'mais qu'est-ce que je suis en train de faire ? c'est moche, c'est stupide de têter comme ça ce truc !'. Je me trouvais un tas de choses négatives. Ce qui m'a vraiment fait tilt, au retour de cette période durant laquelle j'étais la seule à fumer parmi un groupe de six, c'est un incident qui est survenu alors que j'étais en voiture. Je portais une jupe toute neuve. J'ai allumé ma cigarette avec l'allume-cigare, un bout de cendre est resté sur l'allume-cigare et puis il est tombé sur ma jupe. Ça m'a brûlé, déjà, et ça a fait un trou dans ma jupe. Je me suis dit 'ça c'est vraiment le signe !' — parce que je cherchais probablement l'excuse - 'c'est vraiment le signe d'arrêter : je brûle mes habits, j'ai une jupe toute neuve qui a un beau trou au milieu, il faut vraiment que j'arrête !'. (12)

Je trouve que le tabac diminue grandement ma qualité de vie au quotidien. Je trouve notamment que c'est beaucoup plus difficile de se réveiller le matin quand on fume ; on dort très mal. La cigarette est un état de tension permanent. Cet état de tension se relâche chaque fois qu'on tire sur la cigarette mais il revient très rapidement. Ce qui fait que je dors mal, je ne rêve plus, je ne me rappelle plus de mes rêves. Depuis que je fume, il me faut pas mal de temps pour réémerger le matin alors qu'avant ce n'était pas le cas. Je me sens beaucoup plus facilement fatigué qu'avant. Je me sens aussi tendu, la musculature cervicale, les lombaires sont beaucoup plus tendues qu'auparavant. Tout ça et en plus le fait qu'on ne peut pas avoir une activité continue sans avoir besoin d'arrêter pour aller fumer. Tout ce genre de choses diminuent ma qualité de vie et c'est un des facteurs qui me motivent d'arrêter. Mais je ne suis pas sûr qu'au début c'était si proéminent dans ma tête, c'est progressivement que je me suis rendu compte de ça. (13)

Pour résoudre ces contradictions, nous avons choisi de subdiviser le stade de pré-contemplation en deux sous-stades et de classer respectivement dans le stade 'pré-contemplation 1' les membres du collectif qui ont déclaré ne pas être décidés à mettre un terme à leur consommation même dans un avenir relativement éloigné et dans le stade 'pré-contemplation 2' ceux qui pensent arrêter de fumer 'une fois ou l'autre' et dont le témoignage suggère qu'ils considèrent l'abstinence comme une nécessité, même s'ils sont par ailleurs

conscients de ne pas pouvoir encore imaginer quand ils trouveront l'énergie — ou la volonté — de mettre un terme à leur consommation (Tableau 2).

Tableau 2 Répartition du collectif dans les différents stades du processus de changement

Stade	n
Pré-contemplation 1	10
Pré-contemplation 2	13
Contemplation	2
Préparation	2

Les données figurant dans le Tableau 2 doivent être considérées avec précaution. L'observation montre en effet que rares sont les membres du collectif capables de fixer avec suffisamment de précision le moment où ils interrompront leur consommation de cigarettes. Tout semble indiquer que la décision d'y mettre un terme n'est pas préméditée de longue date mais qu'elle est souvent le fruit de circonstances tout à fait fortuites vécues par une personne se trouvant en phase de pré-contemplation 2. A l'inverse, même des personnes se situant apparemment au stade de préparation sont incertaines quant au moment où elles mettront véritablement un terme à leur consommation^h.

J'ai de nouveau l'ordonnance [rechute après plusieurs années d'abstinence], je suis déjà aussi allée à la pharmacie homéopathique pour les mêmes granulés et je n'ai plus qu'à ... Je pense que ça va bientôt venir là. Ça va bientôt venir parce que ... ça ne me dégoûte pas de fumer, puisque je fume ; mais enfin je n'aime plus fumer. Je fume mais c'est bête quoi ! (12).

C'est tout un cheminement intérieur qu'il faut faire. Il faut faire le deuil de la cigarette. (...) J'y pense pratiquement tous les jours. Quand j'achète un paquet de cigarettes — je refuse par exemple d'acheter une cartouche pour ne pas avoir un grand stock — je me dis que c'est peut-être le dernier que j'achète. Donc, j'ai toujours l'impression d'être au bord de l'action (...). (13)

3.8 ARRÊTER DE FUMER : FACTEURS FACILITANTS

Les conditions que les fumeurs estiment nécessaire de réunir pour parvenir à se passer de cigarettes et maintenir durablement leur abstinence reviennent avec une grande régularité dans leurs témoignages. Même les personnes qui n'entendent pas mettre un terme à leur consommation possèdent un avis à ce sujet. En réalité, tous les informateurs ne parlent pas de la même réalité. Certains se concentrent sur les conditions susceptibles d'amener la décision de renoncer, d'autres évoquent simultanément les conditions nécessaires pour cesser de fumer

^h Les exemples cités ici proviennent de la même informatrice (no 12). Ils se réfèrent à des moments différents de sa carrière de fumeuse

et prolonger l'abstinence, d'autres encore étendent leurs réflexions à l'impact de l'abstinence sur leur mode de vie.

3.8.1 Conditions susceptibles de provoquer la décision de renoncer à la cigarette

Les notions de **motivation** et de **volonté** reviennent souvent lorsqu'il s'agit d'établir quelles conditions doivent être remplies pour interrompre la consommation. Chronologiquement, la motivation précède la volonté. C'est elle qui constitue le 'facteur déclenchant'. Les personnes qui n'envisagent pas d'arrêter de fumer se réfèrent à l'absence de motivation pour justifier leur attitude.

La plupart du temps, les fumeurs sont 'motivés à arrêter de fumer pour telle ou telle raison'. Ils sont rarement 'motivés par l'envie d'arrêter de fumer'. C'est donc au contenu de cette motivation qu'il conviendrait de s'intéresser. Or les réponses sont en général évasives. Les exceptions concernent les troubles de santé imputables à la cigarette (pour le fumeur et sa progéniture) ainsi que l'établissement de relations interpersonnelles à la fois fortes et valorisantes provoquant chez le fumeur l'envie de faire plaisir à autrui (partenaire mais aussi médecin traitant).

Percevoir dans son propre corps les conséquences négatives de la fumée représente l'une des motivations les plus puissantes pour cesser de fumer. Encore faut-il, la plupart du temps, que la menace possède un caractère grave, imminent ou actuel. La connaissance 'indirecte' des conséquences négatives de la fumée (acquise durant une formation, à l'occasion de lectures ou parce qu'un proche a souffert d'une maladie imputable à la cigarette) ne semble pas suffireⁱ.

Je pense que j'arriverais vraiment à arrêter de fumer si j'avais des effets secondaires. Le matin, je ne me lève jamais en toussant, ça je ne le supporterais pas. Parfois je me dis : 'Si au moins je toussais ; c'est pas possible d'avoir si peu de motivation pour arrêter de fumer !'. Si j'avais mal à la tête tous les soirs, la tête lourde, la bouche en papette quand je me lève, si je crachais mes poumons, ce serait tellement facile ! (4)

Pour arrêter, il faudrait vraiment (...) qu'un médecin me fasse très peur en me disant que je ne passerais pas l'année si je continue à fumer ou quelque chose dans ce genre. (...) Je suis convaincu que la cigarette est mauvaise, mais je me dis que j'ai trente ans, que ça va aller, que j'ai du bol, que je ne risque rien, que le cancer des poumons ce n'est pas pour moi. Mais je constate maintenant que je commence à souffrir du froid quand je skie alors qu'avant je skiais au Mont-Gelé sans gants. Il y a donc des problèmes de circulation qui arrivent gentiment. Ce sont des choses comme ça qui me font dire que la fumée devient mauvaise pour moi. (22)

Eviter d'exposer un enfant — né ou à naître — à la fumée constitue une autre motivation forte. Même si certains témoignages indiquent que les hommes peuvent aussi prendre des dispositions pour ne pas faire courir de risques à l'enfant^j, arrêter de fumer pour protéger un fœtus ou un nourrisson demeure essentiellement une affaire de femmes. Rares sont celles qui ont continué à fumer dans ces conditions ou qui pensent le faire.

Maintenant j'ai un ami fixe. Je vois à plus longue échéance. Je vois le mariage, bébé et tout ça et il faudrait quand même en tout cas ne pas fumer

ⁱ Cf. aussi section 'Rôle potentiellement inhibant de certains facteurs — Risques sanitaires'

^j Cf. aussi section 'Rôle potentiellement inhibant de certains facteurs — Grossesse et maternité'

pendant la grossesse, ou fumer un minimum. Déjà qu'il ne faudrait pas fumer avant, mais au moins pendant la grossesse. Les gynécologues disent tous entre rien et cinq ou six cigarettes par jour parce qu'il vaut mieux fumer une cigarette que d'être hypernerveuse. Alors je me dis que j'aimerais fumer moins, que je devrais peut-être arrêter d'ici à fin avril. (26)

Quelques informateurs font allusion à la **place de la cigarette dans leur structure psychique**. Ils estiment nécessaire de clarifier préalablement les motifs qui les poussent à fumer. Une telle démarche paraît ainsi constituer une sorte de facteur déclenchant primaire dont devrait résulter l'impulsion secondaire facilitant l'abandon de la cigarette. Elle pourrait aussi représenter le facteur déclenchant lui-même. La réussite de la cure devrait suffire à provoquer l'abandon de la cigarette. En tout état de cause, la question de la motivation nécessaire pour entreprendre la démarche thérapeutique demeure ouverte.

Le problème, c'est que je suis fumeur et qu'il faudrait que j'arrête de fumer. Vu que je fume par nervosité, par tension, il faut soigner la tension. Il faudrait que je fasse une analyse, que je me fasse psychanalyser, histoire de dénouer tout ça. Faire un travail où pfff [*expire*], je vais me sentir bien et là j'arrêteraient probablement tout. (17)

Toujours en relation avec le rôle de la cigarette dans le fonctionnement psycho-affectif des fumeurs, l'établissement de liens interpersonnels valorisés (et plus particulièrement d'une relation amoureuse) peut faciliter le renoncement à la cigarette.

(L'idéal serait d') arrêter de fumer parce qu'il y a une compensation psychique qui se fait ailleurs [*allusion à l'établissement d'une relation amoureuse*]. (5)

3.8.2 Aides nécessaires pour arrêter de fumer et prolonger l'abstinence

Les informateurs qui font un pas supplémentaire dans la réflexion sur les conditions à réunir pour entreprendre et réussir le sevrage abordent souvent la question des **aides** qui leur paraissent nécessaires pour permettre de concrétiser leur intention et pour permettre que l'abstinence se prolonge.

Ceux pour lesquels la réflexion paraît la moins aboutie — ou qui sous-estiment les difficultés de la démarche — jugent qu'il suffit de **ne plus acheter de cigarettes** pour que tout change. La majorité estime toutefois que l'abandon de la cigarette ne peut réussir que s'il est associé à des **gratifications**. Celles-ci sont principalement de deux ordres : bénéfiques en terme de santé et gratifications de nature psychologique.

Les fumeurs souhaitent que leur renoncement à la cigarette s'accompagne d'une **amélioration générale de leur état de santé**. Idéalement, cette amélioration devrait toutefois produire rapidement des effets afin que l'ex-fumeur n'ait pas l'impression d'avoir renoncé à la cigarette sans recevoir la moindre contrepartie. L'amélioration devrait en outre prolonger ses effets de manière à consolider l'abstinence.

On a la peau qui change, le teint. C'est la première chose qui a frappé les gens lorsque j'avais arrêté — les fumeurs ont un teint gris — car j'avais la peau beaucoup plus claire et plus propre. Je respirais mieux. Je n'avais plus le nez bouché lorsque je me réveillais. Si je faisais la fête un soir et que je buvais un verre ou deux, le lendemain j'étais quand même très bien. (...) Au niveau sport, c'est fou, l'endurance change complètement. (12)

Pour ceux qui n'attachent pas une importance très élevée aux performances sportives ou qui ne se préoccupent pas particulièrement de donner d'eux une image de 'personne rayonnante de santé', les gratifications pourraient être de **nature psychologique**.

Je verrais plutôt une aide par le plaisir. Non, pas le plaisir, mais je verrais quelque chose qui soit incompatible avec la cigarette et qui m'apporte plus que la cigarette : au niveau du plaisir et au niveau du stimulus (la clé de la Ferrari qui permet de démarrer sur les chapeaux de roue). Mais pas au niveau rationnel, car au niveau rationnel c'est vite fait : maladies, Neo-Citran, les gouttes pour le nez. Ça fait un mois que je traîne cette fameuse grippe, j'en suis à ma dixième pipette et je me dis que si je diminuais d'un tiers, je ... etc. Tout ça c'est des calculs qui sont évidents. Les rideaux : la gérance passe, on leur demande de refaire la peinture, ils ont vite fait de voir que vous fumez et ils disent : 'écoutez, on le fait à vos frais ou moitié-moitié parce que c'est un appartement de fumeur. Je peux vous écrire un livre sur les raisons rationnelles d'arrêter de fumer. (7)

L'existence de produits permettant de **compenser la perte de l'apport nicotinique de la cigarette** n'apparaît pas comme prioritaire. D'assez nombreux informateurs estiment pouvoir s'en passer. C'est ainsi qu'un acupuncteur ne peut rien si le fumeur n'a pas vraiment envie d'arrêter, pas plus du reste que tous les patchs et chewing-gum du monde^k.

Maintenant qu'on en parle, j'ai peut-être essayé de prendre des Nicocris ou des cochonneries comme ça. Je dis 'cochonneries' mais c'est peut-être très bien d'ailleurs. Il me semble avoir essayé d'avalier ces choses-là une fois, mais il y a très longtemps, à vingt ans peut-être. Mais ce n'était pas sérieux. Je pense que pour arrêter de fumer, il faut vraiment le vouloir et je pense qu'à partir du moment où on le veut vraiment, on arrête assez facilement. Je pense que c'est comme pour maigrir : on a beau avoir tous les appareils pour maigrir, tous les régimes, les bouquins, les diététiciens et tout, si on n'a pas foncièrement envie de maigrir on ne maigrira pas. Donc le conseil pour le tabac, je pense que c'est la même chose. Le jour où l'on en a vraiment envie soi-même, ce n'est pas vraiment difficile d'arrêter. Si on a un peu de volonté, on peut arrêter très vite. Ce n'est pas les Nicocris ou les patchs — quoique j'aie entendu dire que les patchs étaient une bonne chose — mais je crois que ce ne sont pas ces choses-là qui feront que je vais arrêter demain. Un jour, je me lèverai et je dirai 'basta, la cigarette c'est terminé' et voilà. Je pense que c'est quelque chose de vraiment plus profond. Je n'essayerai pas de me rassurer en me faisant mettre un patch. Je pense que c'est peut-être une bonne chose, mais le fond du problème ce n'est pas comme ça qu'on le résout. (9)

3.8.3 Trouver les moyens de s'ajuster à l'absence de la cigarette

Les personnes qui vont le plus loin dans la prise en compte des facteurs à réunir pour réussir à se passer de la cigarette possèdent une vision assez lucide de ce que la fumée représente dans leur économie personnelle. Elles se rendent compte qu'arrêter de fumer peut appeler une réorganisation profonde de leur vie quotidienne, de leur gestuelle, de leur manière d'aborder les relations sociales, de leur façon de s'occuper. Même si les problèmes liés à la décision de mettre un terme à la consommation ne sont pas sous-estimés, c'est ce qu'il convient de mettre en œuvre pour 'manager' l'absence de cigarettes qui soulève les difficultés majeures. A cet

^k Cf. également section 'Connaissance des méthodes de désaccoutumance'

égard, les informateurs ne formulent guère de solutions. Dire qu'il faudrait changer sa vie et ses habitudes, renoncer à des routines voire changer de domicile et d'environnement humain constitue plus un recensement de problèmes à surmonter qu'une réelle stratégie de changement.

Il faudra aussi trouver quelque chose pour s'occuper les mains, trouver une autre gestuelle, peut-être avoir systématiquement un journal en arrivant au café pour ne pas avoir besoin d'allumer une cigarette — c'est le coup de la brindille de Lucky Luke. (9)

Ce qui est difficile à arrêter, ce sont tous les automatismes. A neuf heures, je vais au café et je sors les cigarettes, etc. Pour arrêter, il me faudrait changer de contexte, d'endroit. Aller habiter à Vevey, par exemple. Je n'aurais plus le même entourage. Parce que si j'arrête de fumer et que, comme d'habitude, je vais au café à neuf heures, les copains me demanderont si je ne suis pas malade si je ne fume pas. Si je déménageais, si je changeais aussi de travail, je pense que ça serait plus facile. Il n'y aurait plus les mêmes habitudes. Je me dirais qu'une nouvelle situation commence, une nouvelle vie et, par moi-même, je ne fumerais pas. (22)

J'ai toujours été convaincu que c'était la décision qui était difficile à prendre. Une fois qu'elle était prise, je n'avais pas besoin de stratégie, par besoin d'aide. Je supportais très bien les symptômes de manque — le manque physique part assez vite. C'est peu de chose par rapport à la décision : décider de changer de vie presque. C'est un choix très important pour moi. C'est un choix de vie. C'est un autre rapport au temps. C'est un autre rapport à beaucoup de choses. Alors ce choix de vie est très difficile pour moi. Mais si je le fais, je n'ai pas besoin de stratégie, je peux arrêter comme ça. (8)

Dans les exemples qui précèdent, le bouleversement de la vie quotidienne accompagnant l'abandon de la cigarette apparaît comme consécutif à la décision. D'une certaine manière, les ajustements sont provoqués par l'ex-fumeur qui les perçoit comme une condition nécessaire pour éviter la récidive. D'autres bouleversements peuvent précéder la décision d'arrêter de fumer, la provoquer ou la soutenir et peuvent — dans une certaine mesure — servir de renforcement positif. C'est notamment le cas de la relation amoureuse. Certains informateurs ont indiqué que l'établissement d'une telle relation peut probablement constituer un puissant motif à renoncer à la cigarette. D'autres témoignages illustrent combien l'insatisfaction qui peut prévaloir dans la vie sentimentale représente un facteur qui tend à renforcer la consommation.

Une seule personne aurait pu me demander d'arrêter mais elle ne l'a pas fait. C'était un homme dont j'étais tombée amoureuse après le départ de mon mari. Je suis certaine que j'aurais pu cesser de fumer s'il me l'avait demandé. Mais cette relation, pratiquement pas ébauchée, ne s'est pas poursuivie. Lorsque j'ai à nouveau rencontré cette personne et que je lui ai dit que j'aurais été d'accord d'arrêter la cigarette pour lui, il m'a dit 'alors je te le demande maintenant'. Je lui ai expliqué que je n'aurais pu le faire que par amour, mais pas comme ça, par amitié. (10)

Sans aller aussi loin dans l'intensité des sentiments, plusieurs membres du collectif ont mis en lumière l'importance qu'ils attachaient à leur abandon de la cigarette comme un cadeau offert à des personnes pour lesquelles ils éprouvaient un fort attachement. De tels sentiments peuvent exister entre les membres d'une même famille mais ils peuvent aussi se manifester dans le contexte de la relation thérapeutique. C'est ainsi que plusieurs fumeurs ont clairement indiqué qu'ils souhaitaient 'remercier' leur médecin de son attitude compréhensive en lui

'faisant cadeau' d'un progrès au niveau de leur comportement tabagique, ou, plus généralement, au niveau de la prise en charge de leur santé.

Ma nièce m'encourage à arrêter de fumer en me disant que j'ai déjà réussi pour l'alcool. Je sais que je n'y arrive pas. Mais j'essaie par moi-même de diminuer. J'aimerais arriver à un paquet par jour et lui faire plaisir. Pour lui rendre la pareille de tout ce qu'elle m'apporte. (24)

Il y a un autre docteur qui me l'avait demandé (d'arrêter de fumer) avec un 'revenez d'ici six semaines'. Pour lui, j'étais le client. Celui-ci, par contre, j'aime bien. J'aimerais bien faire quelque chose pour lui, comme lui essaie de faire quelque chose pour moi. Si j'arrivais à lui dire que j'ai pu ... déjà je vais lui dire que 'j'ai commencé à courir, Monsieur ; je n'ai pas encore arrêté de fumer mais j'ai fait un effort'. (17)

Le fait que se sentir reconnu — compris, aimé — puisse jouer un rôle important dans la décision d'abandonner la cigarette est d'une certaine manière confirmé par les propos de cette informatrice qui souhaite avant tout qu'on ne la félicite pas si elle parvient à renoncer à fumer. Elle comprendrait en effet une telle attitude de la part de son environnement comme une négation de sa personnalité.

Si j'arrêtais de fumer, je ne le dirais pas. Je ne voudrais pas qu'on le remarque tout de suite. Je ne voudrais pas qu'on me félicite. Si on me félicitait, ça ne m'aiderait pas. Ce serait plutôt le contraire. Ce serait comme si on me disait 'bien voilà, tu es devenue quelqu'un d'autre'. C'est une sorte de refus du fumeur qui fait qu'on le félicite terriblement quand il arrête de fumer. (27)

3.9 OBSTACLES SUR LE CHEMIN DE L'ABSTINENCE

En abordant ce thème, les informateurs avaient la possibilité d'évoquer deux situations : celle qui précède une tentative de renoncer à la cigarette et celle qui prévaut lorsque le fumeur à interrompu sa consommation. Dans la première situation, le fumeur expose ce qui le détourne de l'abstinence. Dans la seconde, il s'attache aux circonstances qui conduisent à reprendre la consommation de cigarettes.

La plupart des fumeurs redoutent la situation qui se présentera au moment où ils auront abandonné la cigarette. Assez fréquemment évoquée, la prise de poids qui semble accompagner ce renoncement constitue un obstacle, encore plus important pour les femmes. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les craintes liées à la prise de poids ne sont pas exclusivement d'ordre esthétique. Le surplus pondéral peut aussi être perçu comme un risque pour la santé.

Comme j'ai des problèmes d'ossature, je redoute aussi énormément de prendre du poids. Psychologiquement, ça ne m'aiderait pas du tout. C'est un facteur qui me handicaperait beaucoup pour arrêter de fumer. J'ai déjà un poids limite et je crains d'essayer de compenser le manque de tabac par l'alimentation. (5)

J'ai aussi une copine qui a arrêté de fumer parce que son mari a des problèmes pulmonaires. Je me suis dit que si elle y arrivait, je pouvais y arriver aussi parce qu'elle avait d'abord diminué puis arrêté. Le problème, c'est qu'elle a pris du poids. Le soir, après le repas, elle mangeait un paquet de biscuits pour compenser la cigarette qu'elle n'avait plus. Il faut bien

avoir quelque chose ; il ne faut pas être frustré tout le temps. (...) Ça ne m'a pas fait envie quand j'ai vu comme elle était. Moi qui suis déjà ronde, je me suis dit que si je prenais en plus du poids à cause de la compensation ... Alors je n'ai jamais vraiment envie d'arrêter, craignant trop de ne pas y arriver parce que je prends du poids et que je me remettrai alors à fumer. Pourtant je suis très consciente des dangers de la cigarette. (26)

D'autres conséquences négatives de l'abstinence sont avancées pour justifier de continuer de fumer. C'est notamment le cas des **troubles de l'humeur** associés à la privation de cigarettes et des répercussions qu'ils peuvent avoir sur l'environnement humain de l'ex-fumeur.

Actuellement, si on m'interdisait les cigarettes — mettons qu'il n'y ait plus de cigarettes sur le marché — je vais venir à cran. Je deviendrais insupportable et agressif. (17)

La **Crainte de rencontrer un échec** et, encore plus, le cumul des tentatives avortées constitue un facteur qui paralyse un certain nombre de fumeurs.

Je n'ai jamais essayé d'arrêter de fumer parce que j'ai trop peur de ne pas y arriver, je n'ai pas assez confiance en moi et en ma volonté pour être sûre. (26)

Un certain nombre d'informateurs ont décrit comment ils utilisaient leur **état de santé** pour se donner continuellement un prétexte à ne pas envisager d'abandonner la cigarette. Lorsqu'ils se sentent bien ou que des examens médicaux leur apportent la confirmation qu'ils ne souffrent d'aucune maladie attribuable à leur consommation de tabac, ces fumeurs estiment qu'il ne vaut pas la peine de s'abstenir et qu'ils pourront toujours envisager de renoncer à fumer lorsqu'ils iront moins bien. Mais lorsque des troubles surviennent, ils tirent parti de cette dégradation de leur santé pour conclure qu'il ne vaut désormais plus la peine de s'abstenir puisque le mal est fait.

Il y a deux ans, je me suis fait opérer du genou. Parmi les examens préopératoires, on m'a aussi fait une radio des poumons. Je me suis dit 'cette fois-ci j'y passe, cette fois-ci je n'y coupe pas, je vais me faire passer la morale, ils vont me dire d'arrêter, même si personne n'a jamais dit qu'on ne peut pas anesthésier un fumeur, là je vais déguster'. J'étais donc en train d'attendre de recevoir la douche et le médecin me dit 'mais vous avez des poumons formidables, vous faites beaucoup de sport ?'. Je lui ai répondu : 'deux paquets de cigarettes par jour'. Il m'a dit 'écoutez, ça arrive'. Bon, il paraît que j'ai le cœur un peu plus gros que la normale. Alors je me suis dit, avec beaucoup d'hypocrisie 'je n'ai même rien dans les poumons alors ce n'est pas le moment d'arrêter'. Mais s'il m'avait dit 'vous avez quelque chose, on voit que vous êtes fumeuse, etc.' ; ça n'aurait de toute manière rien changé. (7)

Plusieurs fumeurs mesurent combien la cigarette joue un rôle important dans leur fonctionnement quotidien et perçoivent dans l'absence de toute solution de substitution un motif pour ne pas oser essayer de s'en passer. La 'perte' concerne les gestes liés à la consommation. Elle renvoie surtout aux '**états psychologiques**' que la cigarette accompagne ou contre lesquels elle paraît offrir une forme de protection.

(...) C'est le manque du geste, du rêve surtout j'aurais envie de dire. Quand je fume ma cigarette je suis là comme ça [*air absorbé ailleurs*], je rêve à de tas de choses, c'est vraiment comme une accompagnatrice. C'est un peu comme la musique. Quand je fume une cigarette ça me permet de m'évader. La cigarette est comme une accompagnatrice. Alors, si on me la supprime, qui va m'accompagner ? (27)

Cesser de fumer placerait les fumeurs face à la nécessité d'affronter leur environnement — social ou professionnel — sans pouvoir bénéficier de ce qui les aide à faire face aux situations de stress ou de mobbing.

La cigarette me permet de m'évader pendant dix minutes ... dans un petit coin, même si c'est aux toilettes. J'encaisse et je fume. (19)

Enfin, leurs difficultés sont encore accrues lorsqu'ils ne peuvent pas compter sur l'aide de leur entourage et, tout particulièrement, lorsque leur partenaire n'abandonne pas, lui aussi, la cigarette.

3.10 CONNAISSANCE DES MÉTHODES DE DÉSACCOUTUMANCE

A des degrés divers, tous les membres du collectif sont au courant de l'existence d'une ou de plusieurs méthodes susceptibles d'aider les fumeurs à abandonner la cigarette : méthodes fondées sur la substitution nicotinique (chewing-gums, patchs transdermiques, vaporisations nasales), méthodes cherchant plutôt à s'attaquer à la dépendance psychologique (thérapies individuelles ou de groupes) ainsi qu'un ensemble d'autres méthodes plus difficiles à classer telles que l'acupuncture et l'absorption de produits répulsifs ou le recours à des cigarettes sans tabac — les deux dernières méthodes faisant souvent l'objet de publicité dans la presse.

Tableau 3 Tentatives de sevrage

Nombre de tentatives	Nombre de personnes	Méthodes utilisées
aucune tentative	10*	
1 tentative	3	'à sec'
	1	acupuncture
	1	'nicocris'
2 tentatives	1	'à sec'
	1	plan de 5 jours + patchs
	1	chewing-gum + cigarettes sans tabac combinées avec renforcements positifs (méthode d'inspiration comportementaliste)
	1	1 acupuncture + patchs
3 tentatives	1	'à sec' [2x] + spray nasal [1]
	1	'à sec' [1] + chewing-gum [2x]
	1	'à sec' [1] + patchs [2x]
4 tentatives ou plus**	3	'à sec'
	1	'à sec' + chewing gum
	1	'à sec' + pastilles révulsives+ plan de 5 jours

* Dont une personne qui ne souhaite pas arrêter mais qui n'achète plus de cigarettes pendant plusieurs jours après une période d'abus.

** Les informateurs n'ont pas toujours été en mesure de préciser le nombre de ces tentatives

La plupart des membres du collectif ont déjà essayé une fois ou l'autre de mettre un terme à leur consommation de cigarettes (Tableau 3). Sept personnes dont deux adolescents ont essayé d'arrêter de fumer — à une ou à plusieurs reprises — en recourant au 'sevrage à sec'. Huit personnes ont recouru, une fois au moins, à une méthode de substitution nicotinique.

Les informations relatives à l'aide à la désaccoutumance rassemblées à l'occasion des entretiens proviennent donc de plusieurs sources : expérience personnelle, renseignements fournis par des personnes compétentes (corps médical essentiellement) ou renseignements de 'seconde main' recueillis à l'occasion de conversations, en observant des personnes qui

tentaient de mettre un terme à leur consommation ou par oui-dire. Ce dernier type d'informations constitue une part importante du matériel recueilli.

Aucune information n'a été délibérément recherchée à propos de ce que les membres du collectif pouvaient connaître des objectifs des différentes méthodes d'aide à la désaccoutumance et de la manière dont elles 'fonctionnent'. S'agissant des méthodes basées sur la substitution nicotinique, on a ainsi renoncé à savoir si les informateurs pensaient qu'elles étaient simplement destinées à réduire ou supprimer les conséquences pénibles du renoncement à la cigarette ou si elles agissaient aussi sur l'envie de fumer.

De l'avis des informateurs qui ont eu l'occasion d'en faire personnellement l'expérience, le bénéfice principal des méthodes fondées sur la **substitution nicotinique** réside dans leur capacité de limiter ou de supprimer les effets somatiques pénibles de l'abstinence. C'est du reste cet effet que rechercheraient les personnes qui déclarent avoir l'intention de recourir à de telles méthodes si elles entreprenaient de mettre un terme à leur consommation de cigarettes. Fournir des informations de cette nature requiert de distinguer entre dépendance physique (cause essentielle des symptômes de 'manque') et dépendance psychologique. A l'exception des membres des professions de santé, seule une minorité des membres du collectif font cette distinction.

Les deux dernières fois, j'ai utilisé des chewing-gums. C'était relativement utile dans le sens où c'est un bon palliatif. Du point de vue de l'effet de la nicotine, je pense que les chewing-gums sont moins performants que les patchs. Il y avait quand même une couverture des symptômes de sevrage. (13)

Plusieurs de ceux qui ont eu l'occasion d'expérimenter l'une ou l'autre méthode de substitution nicotinique relèvent toutefois que les produits administrés n'exercent aucune influence sur la dépendance psychologique ou sur le registre comportemental des ex-fumeurs ('fumée réflexe'). Comme indiqué plus haut, une telle analyse requiert toutefois la capacité de distinguer entre les deux formes de dépendance — physique et psychique.

J'ai utilisé ça pendant trois ou quatre jours, cinq au maximum. Après ces quelques jours, j'ai arrêté parce que les substituts nicotiniques ont comme but de couvrir le syndrome de sevrage. Et ce syndrome de sevrage, on dit qu'il est de dix à vingt jours. Personnellement, je ne l'ai pas expérimenté comme ça : le sevrage physique, je ne le ressens plus après trois ou quatre jours. Par contre, le sevrage psychologique persiste, et ce n'est pas la Nicorette qui va m'aider à affronter ça. (13)

Les personnes qui n'opèrent pas la distinction entre les deux types de dépendance tendent à expliquer la relative inefficacité des différentes méthodes substitutive par 'la dépendance', un concept relativement flou où prédomine cependant la dimension psychologique de la compulsion à fumer.

Le dernier de mes frères avait mis des patchs. Mais pour finir, il fumait quand même. Il a alors essayé les chewing-gums et il fumait quand même. Alors il a tout laissé tomber. (...) On m'a déjà dit que si on me mettait un patch, je devrais arrêter de fumer du jour au lendemain. Arrêter de fumer du jour au lendemain, je ne m'y vois pas. Parce qu'on est dépendant quoi ! (18)

Quand j'ai essayé de réduire à cause de ces malaises et que je suis passé aux 01 (j'étais à 04 juste avant), j'ai ressenti un peu les effets du manque, mais je n'ai pas fumé 4 fois plus de cigarettes pour compenser ce manque de nicotine. Je fume plus, mais pas 4 fois plus. Mais ce qui remplace presque à 50%, c'est si je fais semblant de fumer. Ça fait presque 50% de la sensation.

Pendant cette période de malaises j'ai essayé ça et j'ai 'fumé' 2 cigarettes comme ça, sans allumer, et seulement la 3^{ème} fois j'ai allumé la cigarette. Alors ça manque finalement quand même, mais le geste ça soulage. (14)

Ces jours-ci, je travaille dans un endroit où je ne peux pas fumer. Ça ne me pèse pas. Ça ne me demande pas. Mais il suffit que je doive sortir et faire le tour du bâtiment, je prends une cigarette. C'est un réflexe ! C'est pour ça que je dis que je peux arrêter quand je veux. Je sais que c'est un peu stupide ... Pour moi, la fumée ce n'est pas une dépendance [consommation quotidienne entre un et deux paquets] mais une manie : j'ai besoin d'avoir quelque chose dans les mains. Quand je ne fume pas, j'ai toujours un élastique dans les mains. Donc, si on parle de dépendance, c'est une dépendance psychologique mais non physique. (22)

Un certain nombre d'informateurs s'attendent à ce que les méthodes de substitution exercent un effet sur l'envie de fumer (i.e. qu'elles soient en mesure de la supprimer). Constatant que cette envie semble persister, ils en viennent à rejeter ces méthodes en les considérant comme incapables d'atteindre leur but et comme incapables d'offrir une compensation à l'abandon de la cigarette.

C'est bien joli ces patchs. Mais on vous dit de les mettre et de ne pas fumer parce qu'évidemment, du point de vue cardiaque, vous emmagasinez beaucoup plus de nicotine. Comment voulez-vous demander à quelqu'un qui se colle quelque chose de ne pas fumer ? C'est pour ça qu'il y a des problèmes de temps en temps. Automatiquement, le patch ne vous enlève pas l'envie. Je n'ai même pas envie d'essayer parce que je me dis que ça ne servira à rien de mettre un patch qui ne me coupe pas l'envie tout de suite. (10)

Les différentes méthodes de substitution nicotinique ne sont cependant pas toujours considérées de la même manière quant à leur absence d'effets autres que l'apport de nicotine et la diminution (ou la disparition) des symptômes du manque. A cet égard, le patch peut paraître moins convaincant. Diffusant sa substance active sans requérir d'activité et ne procurant aucune sensation olfactive ou gustative, il réussirait moins bien à compenser l'absence de cigarette que le chewing-gum qui, lui au moins, suscite une certaine activité et provoque des sensations.

Les chewing-gum à la nicotine, peut-être que ça fait quelque chose, parce qu'il y a au moins un goût. (10)

Le scepticisme à l'endroit des méthodes de substitution nicotinique est assez largement répandu. Plusieurs informateurs relèvent les rechutes qu'ils ont personnellement vécues, celles auxquelles ils ont assisté ou celles dont ils ont eu indirectement connaissance. Sur la foi d'informations de seconde main, plusieurs informateurs construisent une sorte de paradoxe qui voit les personnes s'astreignant à des traitements de substitution absorber encore plus de nicotine puisqu'à la quantité administrée dans le cadre du traitement s'ajoute celle inhalée avec la fumée des cigarettes auxquelles elles ne sont pas capables de renoncer.

Avec les patchs, les gens les mettent et ils fument la même chose. Ils ont ainsi deux fois plus de nicotine. Je pense que ce n'est pas très au point. (10)

La nécessité de combiner les méthodes de substitution nicotinique avec des approches orientées vers la maîtrise de la dépendance psychologique est évoquée, quoique de manière plutôt rare. On observe notamment que la maîtrise de la dépendance psychologique peut de cas en cas renvoyer à la volonté propre du fumeur (respectivement de l'ex-fumeur), à un appui de type psychothérapeutique ou à l'utilisation de médicaments sensés permettre de surmonter la tension psychologique associée au manque de cigarettes.

J'avais entendu parler des patchs parce que mon petit frère avait arrêté en juillet et je me disais 'c'est génial, moi je suis en train de me préparer à arrêter de fumer depuis un certain temps et voilà qu'il arrête !'. Il a pris ces patchs et il me disait que c'était vraiment bien. Ainsi tout le processus était mis en route. Je me suis dit 'allez, hop, je vais prendre des patchs'. Je suis allée chez un médecin parce qu'il fallait une ordonnance et il fallait faire un contrôle. J'ai fait le contrôle. On m'a donné l'ordonnance. Je suis encore allée chercher des granulés homéopathiques parce que je fais de la formation et je me disais 'il ne faut pas que je m'énerve, il ne faut pas que ça me rende agressive et que je commence à m'exciter avec les gens, ça c'est interdit, il faut avoir de la patience'. Alors j'ai pris ces granulés comme aide. (12)

Les méthodes qui cherchent à agir sur la dépendance psychologique peuvent prendre plusieurs formes. Certaines sont fondées sur une approche individuelle (psychothérapie) d'autres sur des approches centrées sur le groupe. Différentes méthodes de ce dernier type ont été évoquées ('semaine des cinq jours' ou groupes de self-help fonctionnant sur le système 'weight-watchers'). Il est toutefois probable qu'elles renvoient toutes à une même réalité. Là encore, certains informateurs jugent l'une ou l'autre de ces approches en fonction de leur expérience personnelle tandis que d'autres se fondent sur des oui-dire pour établir un jugement.

Rarement évoquées, les approches psychothérapeutiques centrées sur l'individu sont perçues comme un moyen efficace de s'attaquer aux causes profondes du tabagisme. Leur utilité est mise en avant par des fumeurs particulièrement conscients de la place revêtue par la cigarette dans leur organisation psychique et de l'impact qu'un renoncement à fumer pourrait avoir sur leur humeur et leur comportement.

Pour arrêter de fumer, il me faudrait deux cures simultanément : arrêter de fumer et équilibrer le côté nerveux. (...) Si on me dit d'arrêter de fumer, je réponds 'faites quelque chose'. J'ai une amie qui a essayé toute sorte de trucs : l'homéopathie, des trucs qu'on colle, une espèce d'hypnose, etc. Nous avons tous les deux les mêmes raisons de fumer. Je suis spectateur quand elle fait ces trucs : elle s'accroche, mais elle s'accroche pour ne pas fumer ! Alors elle devient nerveuse, nerveuse. Mais elle essaie. Moi je n'essaie pas parce que, quelque part, je n'y crois plus ... mon Dieu, arrêter de fumer ! C'est monstrueux quoi, c'est une entreprise phénoménale. (17)

Les résultats des approches centrées sur le groupe font l'objet d'appréciations contrastées. Ceux qui y ont participé (deux personnes) reconnaissent leurs effets positifs mais relèvent que ces effets ne se maintiennent pas à long terme. Ils regrettent que l'espace laissé à la parole des participants soit trop exigü et qu'il ne leur permette pas de s'exprimer comme ils l'entendraient.

On se réunissait dans un auditoire entre gens motivés pour arrêter. C'était la Ligue vaudoise contre le tabac qui faisait ça. Mais tous les gens qui faisaient partie de mon groupe ont recommencé à fumer. (...) Je pense qu'il y a eu un manque de discussion entre les personnes intéressées. Il y avait trop à écouter. Je pense qu'on ne discutait pas assez entre nous. J'aurais aussi aimé que ça dure plus longtemps. C'est très difficile de faire ça en cinq jours quand vous avez fumé pendant quinze à vingt ans. Il faudrait un suivi beaucoup plus régulier. (16)

Si elles suscitent quelques commentaires, les approches psychologiques centrées sur le groupe provoquent aussi des réactions de rejet particulièrement fortes. On peut y percevoir une

certaine réticence à être mis en cause par des personnes dépourvues de statut et de compétences particuliers.

Quant aux groupes de self-help genre weight-watchers, je déteste ! (...)
C'est bourré de gens qui viennent vous faire la morale. Non, l'effet de groupe, non ! (7)

Quelques informateurs ont personnellement fait appel ou ont entendu parler d'autres méthodes plus ou moins spécifiquement orientées vers l'abandon de la cigarette. Utilisant des substituts (cigarettes sans tabac) sensés combler les pertes que le renoncement à fumer entraîne dans le registre comportemental ('fumée réflexe') ou recourant à des produits répulsifs, les méthodes spécifiquement orientées vers l'arrêt de la fumée ne s'attaquent qu'au 'symptôme' (i.e. l'action de fumer). Elles ne permettent d'enregistrer que des succès temporaires. Les autres méthodes évoquées ne possèdent pas leur caractère spécifique. Il s'agit pour l'essentiel d'approches de médecine parallèle (acupuncture, homéopathie) auxquelles certains informateurs attribuent des succès à tout le moins momentanés. Les propos des membres du collectif qui se sont exprimés au sujet de ces méthodes plus ou moins spécifiques suggèrent qu'une partie de leur efficacité réside dans le fait qu'elles exigent un effort financier — parfois important — de la part de la personne qui y recourt. On peut en inférer qu'elles exigent également une volonté mieux trempée que les approches n'engageant que peu la personne qui souhaite arrêter de fumer.

L'acupuncture est une méthode efficace car nous avons arrêté. Ma femme était enceinte, elle ne fumait que 3 ou 4 cigarettes par jour. Je lui ai dit que tant qu'à faire, elle aurait dû arrêter. J'ai décidé d'arrêter avec elle. Elle a choisi de le faire avec l'acupuncture. A l'époque il existait déjà les nicorettes, les patchs etc. mais on ne voulait pas de quelque chose qui faisait mal à l'estomac. (...) Comme les séances étaient chères, nous avons pris la décision que, de toute façon, nous n'aurions plus acheté de cigarettes tant que le prix des séances n'était pas compensé. (22)

4 DISCUSSION

En demandant à des fumeurs de décrire leur carrière tabagique, l'étude permet la formulation de 'biographies' où la dimension subjective est particulièrement importante. Les informations récoltées fournissent une image diversifiée du discours 'profane' sur la cigarette, la dépendance et la désaccoutumance. Elles apportent des indications susceptibles d'éclairer la manière dont cette problématique est abordée — ou ne l'est pas — dans le cadre de la consultation.

Le collectif étudié est très hétérogène en ce qui concerne ses caractéristiques socio-démographiques. L'éventail des âges y est large (entre seize et quatre-vingts ans), les niveaux de formation dissemblables (de la scolarité obligatoire à des études universitaires terminées), les nationalités diverses (Suisses et immigrés de première ou de la deuxième génération), l'état de santé contrasté (d'une santé épanouie à de graves maladies chroniques, des troubles somatiques aux troubles psychiques, de l'absence à la présence d'autres dépendances). Ce collectif reproduit la diversité que l'on peut rencontrer dans un cabinet de médecin de premier recours.

La plupart des personnes interrogées ont commencé à fumer précocement (avant la fin de leur scolarité obligatoire). Le besoin d'imiter des pairs, des personnes valorisées ou certains 'archétypes' de fumeurs véhiculés par la publicité constituent les arguments les plus souvent avancés pour expliquer les débuts de la consommation. Bien que mentionnées, des motivations telles que le simple plaisir ou la recherche d'une 'béquille psychologique' conservent un caractère marginal. Les parents ne sont pas perçus comme des modèles comportementaux en matière de consommation de tabac et cela malgré le fait que la majorité des membres du collectif aient vécu dans des familles où l'un des parents au moins était fumeur.

La propension à fumer est très forte. Elle est relativement bien contrôlée par l'autorité des parents ou par la discipline imposée dans les structures scolaires. Toutefois, les recommandations et interdictions formulées par des adultes qui sont eux-mêmes fumeurs perdent singulièrement de leur impact. Le prix des cigarettes peut jouer un rôle de frein pour ceux qui ne disposent pas de moyens financiers suffisants (essentiellement les écoliers et les apprentis). Il ne suffit toutefois pas à les dissuader. La connaissance — même directe — des dangers du tabac n'a pas exercé d'influence déterminante sur les membres du collectif. Ces constats suggèrent que l'on se trouve en présence d'un groupe caractérisé par une forte susceptibilité à fumer⁶.

La 'montée en puissance' de la consommation est généralement rapide. Elle est largement favorisée par l'accroissement des moyens financiers ainsi que par la levée des interdits (familiaux, scolaires, sociaux) qui limitaient fortement la consommation des plus jeunes. Le phénomène de tolérance à la nicotine comme facteur d'augmentation de la consommation est rarement évoqué et toujours d'une manière telle qu'il est difficile de comprendre si ceux qui en parlent ont clairement conscience des effets bio-chimiques de la nicotine sur le développement de leur consommation. A ce stade initial de la consommation comme plus tard, la dépendance que certains évoquent explicitement renvoie plutôt au besoin de répéter certains gestes dans certaines circonstances ou à la recherche de la saveur du tabac dans la bouche. Aucun membre du groupe n'a opéré un rapprochement entre la dépendance nicotinique et la dépendance produite par certains stupéfiants illégaux.

La plupart des fumeurs n'ont pas une consommation régulière. La quantité de cigarettes fumées quotidiennement peut connaître des fluctuations parfois importantes au gré des

circonstances (sorties, week-ends, stress, activités sportives, etc.). Près de deux tiers des membres du collectif ont en outre interrompu une fois ou l'autre (parfois à plusieurs reprises) leur consommation de cigarettes pour une durée plus ou moins longue. A l'échelon individuel, la biographie tabagique est aussi souvent marquée par le passage de cigarettes 'normales' à des cigarettes contenant moins de substances nocives. On relèvera à cet égard qu'en dépit d'évidences contraires⁷, tous les fumeurs — même ceux qui déclarent que le choix de cigarettes allégées conduit à fumer quantitativement plus - partagent la conviction d'absorber moins de substances nocives.

La plupart des membres du collectif déclarent qu'une partie de leur consommation se justifie par le simple plaisir de fumer. Il s'agit toutefois quantitativement de la partie la moins importante. L'autre partie de leur consommation renvoie à un large éventail d'explications : dépendance physique, automatismes gestuels, recherche d'une forme de réconfort psychologique, recherche de conformité par rapport à un rôle social jugé positivement, etc.

L'hétérogénéité du lien existant entre individu et cigarette est bien connue⁸. Le matériel récolté indique qu'elle n'existe pas uniquement au niveau du collectif des fumeurs pris dans son ensemble mais qu'on peut aussi l'observer à l'échelon individuel. Une seule et même personne peut passer par une succession de phases à l'occasion desquelles les raisons qui la poussent à fumer peuvent se modifier. Elle peut également trouver simultanément plusieurs explications à sa consommation.

Rarement évoqué, le problème de la dépendance nicotinique (dans le sens où l'on parle de dépendance à propos des stupéfiants) apparaît cependant en filigrane dans plusieurs entretiens. Plusieurs membres du collectif ont pris conscience de leur compulsion à fumer sans pour autant établir une relation entre ce besoin irrésistible et l'action de la nicotine sur leur organisme. Les explications qu'ils avancent renvoient généralement à des catégories telles que 'activité réflexe' ou 'besoin de ressentir la saveur de la cigarette' qui sont moins négativement connotées que celles de 'dépendance' ou d' 'accoutumance'.

Quelle que soit la nature de la relation qu'ils entretiennent avec la cigarette, la majorité des membres du collectif apparaissent plutôt insatisfaits de leur tabagisme. Une partie d'entre eux envisagent de renoncer à la cigarette. D'autres souhaitent parvenir à maîtriser leur consommation en la limitant aux seules cigarettes procurant encore du plaisir. Un quart de l'effectif seulement n'a aucune intention de mettre un terme à sa consommation. Plusieurs fumeurs 'convaincus' ont toutefois déjà suspendu momentanément ou limité leur consommation (par exemple à l'occasion de paris ou de grossesses). Certains n'excluent pas totalement, selon les circonstances, d'y mettre un terme un jour ou l'autre. L'importance de la proportion des fumeurs souhaitant renoncer à la cigarette n'est pas surprenante si on la met en regard de la proportion des fumeurs suisses qui interrompent leur consommation pendant au moins deux semaines dans le cours d'une année (30% environ)³.

S'ils évoquent bel et bien leur désir ou leur intention d'arrêter de fumer, les informateurs sont en revanche beaucoup moins clairs lorsqu'il s'agit de préciser dans quel délai. Le *Transtheoretical model of health behavior change* développé par Prochaska et DiClemente fait la part belle au délai qui sépare le fumeur du moment où il prendra des mesures pour mettre un terme à sa consommation. Or l'on constate que la plupart sont incapables de fixer ce moment avec précision et qu'ils sont nombreux à attendre un facteur déclenchant dont ils ne connaissent souvent même pas la nature (une sorte de signe du destin).

En se référant au *Transtheoretical model of health behavior change*, Clark et al⁹ différencient les fumeurs en phase de contemplation selon qu'ils ont déjà essayé ou non d'arrêter de fumer. Ces auteurs constatent en effet qu'un vécu différent devrait inciter à utiliser d'autres arguments pour les orienter vers l'abstinence. En première analyse, cette distinction semble plus utile dans le contexte de la recherche que dans celui de la clinique. Le choix proposé par

Clark et al ne tient toutefois pas suffisamment compte de la différence essentielle qui peut exister entre la décision d'arrêter de fumer définitivement (même s'il y a récurrence) et celle résultant d'événements contingents — tels un pari ou une grossesse —, qui n'engage pas le fumeur de manière aussi totale.

Sensibles aux différences pouvant exister entre les personnes remplissant les critères de classement dans le stade de pré-contemplation du *Transtheoretical model of health behavior change*, nous avons décidé de distinguer les personnes qui déclarent explicitement ne pas songer à mettre un terme à leur consommation et celles qui envisagent de le faire sans pour autant pouvoir préciser à quel délai. Ce choix attire l'attention sur un problème de classification mais n'apporte en fait aucun élément directement utilisable dans le domaine clinique tant chaque trajectoire individuelle est singulière.

Les motivations poussant à renoncer à la cigarette sont diverses. Elles 'impliquent' plus ou moins fortement les fumeurs. Certaines possèdent un caractère purement contingent : impossibilité de se procurer des cigarettes, défi, grossesse. Elles n'engagent pas profondément le fumeur et la reprise de la consommation survenant après une interruption de ce type — même d'assez longue durée — ne prend pas la dimension d'un échec.

Les motivations renvoyant à la santé du fumeur sont nettement plus impliquantes. Elles apparaissent comme l'une des raisons majeures de mettre un terme à sa consommation. La plupart des fumeurs admettent — au moins théoriquement — que la cigarette nuit à leur santé même si certains d'entre eux minimisent l'impact de la fumée en invoquant leur consommation modérée, l'absence actuelle de conséquences négatives ou les principes de la statistique (une probabilité n'équivaut pas à une certitude). L'acuité du stimulus nécessaire pour provoquer l'abandon de la consommation varie mais elle doit être généralement élevée : il faut que le fumeur se sente sérieusement menacé pour arrêter de fumer.

Les pressions sociales constituent une autre raison d'abandonner la cigarette. Quoique moins souvent évoquées que l'impact de la fumée sur la santé, elles paraissent pouvoir jouer un rôle déterminant chez certains fumeurs. Ce sont moins les interdits tendant à restreindre la 'marge de manœuvre' des fumeurs que les pressions — souvent tacites — exercées par des personnes auxquelles le fumeur est particulièrement attaché¹ qui exercent de l'effet. Les facteurs qui entrent en jeu à cette occasion sont difficiles à identifier : 'cadeau' offert à autrui ou renoncement à la cigarette rendu plus facile en raison des bénéfices psychologiques tirés de cette relation, les deux dimensions jouent probablement un rôle en la matière. Toujours au chapitre des 'pressions sociales', il faut aussi noter qu'un certain nombre de fumeurs ressentent assez fortement l'impression de s'écarter du nouveau modèle social dominant (fumer est de moins en moins considéré comme la 'norme') et qu'ils envisagent à plus ou moins long terme de s'abstenir de cigarettes pour s'y conformer.

Plusieurs obstacles se dressent sur le chemin de l'abstinence. Le collectif étudié comprend une proportion relativement importante de personnes présentant des problèmes psychologiques — ou psychiatriques — (dépression, alcoolisme) ou particulièrement exposés au stress (dans leur milieu professionnel ainsi que dans leur environnement social). La cigarette possède un tel rôle dans leur équilibre qu'il leur paraît particulièrement difficile d'y renoncer sans que leurs autres problèmes aient été préalablement résolus. Se référant à la situation prévalant aux Etats-Unis, Hugues¹⁰ note une évolution dans la composition de la population des fumeurs et souligne notamment que la prévalence du tabagisme a proportionnellement moins diminué

¹ Même si elle joue un rôle de premier plan, la relation amoureuse n'est pas seule à entrer en ligne de compte. C'est ainsi que la relation thérapeutique peut jouer un rôle important dans la mesure où le fumeur en retire l'impression que le médecin s'intéresse vraiment à lui en tant qu'individu

chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques ou celles dépendant de l'alcool ou de stupéfiants. Les tendances observées au sein du collectif étudié s'expliquent probablement en partie par un effet de sélection, une majorité des participants ayant été recrutés dans le cadre de consultations médicales.

A quelques exceptions près, les usagers sous-estiment également ce que le maintien dans l'abstinence signifie en termes d'ajustement comportemental et psychosocial. Ceux qui sont sensibles à cette dimension font état du véritable 'changement de vie' nécessité par l'abandon de la cigarette, un changement qui implique son partenaire, ses proches et tout son environnement social. Certains voient même la solution à ces problèmes dans un déménagement permettant de reconstruire un nouveau réseau de connaissances et de nouvelles habitudes.

Les membres du collectif donnent souvent l'impression de méconnaître les difficultés de la démarche de désaccoutumance. La notion de dépendance — avec tout ce qu'elle comporte comme implications en termes de malaises physiques et de probabilité de récurrence — n'est évoquée que par une minorité. Pour les autres, la dépendance paraît plutôt renvoyer à un ensemble de comportements permettant de se donner une contenance, d'occuper ses mains, de meubler certains moments de la journée. C'est probablement pour cette raison que la plupart des membres du collectif soulignent l'importance que revêt, à leurs yeux, la volonté de la personne qui veut renoncer à fumer. La volonté revêt principalement deux rôles. Elle constitue d'une part une sorte de facteur déclenchant (vouloir arrêter, être motivé à arrêter) et, d'autre part, une condition nécessaire pour réussir à arrêter (c'est parce qu'il en a la volonté que le fumeur pourra dépasser l'inconfort — physique et psychologique — lié à l'abandon de la cigarette).

Les membres du collectif ont entendu parler d'une ou de plusieurs méthodes (avant tout les chewing-gums et les patches) mais n'en ont généralement qu'une connaissance indirecte, par ouï dire. Faute d'une compréhension suffisante du processus de dépendance, le rôle de ces produits est mal compris. Les échecs (personnels ou ceux de tierces personnes) sont souvent attribués à la méthode 'qui ne marche pas' plutôt qu'aux difficultés intrinsèques de l'entreprise. On peut voir dans cette situation une conséquence de la sous-estimation du rôle de la dépendance nicotinique.

Convaincus que c'est par leur seule volonté qu'ils parviendront à renoncer à la fumée, la plupart des fumeurs déclarent ne pas attendre grand chose de la part des médecins qui les prennent en charge. Ils leur adressent rarement des demandes d'aide formelle lorsqu'ils envisagent de mettre un terme à leur consommation. Ils trouvent naturel que les médecins leur demandent s'ils fument et combien ils fument mais revendiquent leur libre arbitre en ce qui concerne la décision d'arrêter de fumer. Un examen en profondeur des énoncés des membres du collectif suggère toutefois que les fumeurs sont en fait beaucoup plus 'demandeurs' qu'il n'y paraît en première analyse. Plusieurs d'entre eux déclarent explicitement qu'ils souhaitent que les médecins prennent en compte leur tabagisme mais aimeraient qu'ils ne se bornent pas à s'enquérir de l'importance de leur consommation et d'une simple recommandation 'en passant'. Le souhait de voir leurs habitudes de consommation mises en perspective avec la totalité de leur situation et d'avoir affaire à des médecins qui les considèrent comme des individus et non comme des clients ou des 'symptômes' est vif. Dans le cadre d'une étude qualitative conduite au Pays de Galles, Butler et al¹¹ mettent en évidence le fait que chaque fumeur se construit sa propre idée de sa relation avec le tabac et que la conviction prévaut généralement que cesser de fumer est essentiellement l'affaire du fumeur. Ces auteurs relèvent néanmoins que les fumeurs ne sont de loin pas opposés à ce que les médecins interviennent à propos de leur tabagisme mais qu'ils devraient alors renoncer à diffuser des messages préventifs — ou des recommandations — stéréotypés pour articuler leurs interventions sur les singularités de chaque patient.

Les attentes des patients sont confirmées par une enquête effectuée en 1990 par l'Office fédéral de la santé publique. A cette occasion, 87% des fumeurs ayant déjà tenté d'arrêter de fumer et 62% de ceux n'ayant encore jamais essayé de mettre un terme à leur consommation estimaient que les médecins devaient informer leurs patients au sujet du tabac et leur fournir aide et conseils¹².

Face à l'apparent désintérêt des patients, les médecins se montrent très généralement peu 'intrusifs' — sauf lorsqu'ils sont confrontés à certains cas graves. Des questions sur la consommation de tabac sont posées assez systématiquement mais elles ne dépassent en principe pas le cadre de l'établissement de l'anamnèse et donnent à la limite lieu à la formulation de quelques conseils préventifs. La consommation de tabac ne paraît pas avoir constitué un thème particulier sur lequel le médecin estimait nécessaire d'agir et à propos duquel il fournissait des informations détaillées. Ni les conséquences néfastes du tabac sur la santé, ni la question de la dépendance et de sa signification en termes de risque de récurrence ni encore celle de l'aide médicamenteuse qu'il est possible d'apporter au fumeur ne sont abordées 'de routine' lorsque les médecins ont affaire à des fumeurs. Quelques membres (non médecins) du collectif rapportent néanmoins que leurs médecins se sont occupés de manière approfondie de leur tabagisme

Deux des trois médecins inclus dans le collectif étudié se comportent — ou se comporteraient — à l'endroit de leurs patients de la manière décrite par les autres membres du collectif. A moins que le patient ne manifeste clairement une demande d'aide dans la perspective de mettre un terme à sa consommation, ils se bornent à se renseigner 'de routine' sur l'importance de la consommation, estimant en quelque sorte ne pas avoir à aller spontanément au delà de la 'plainte' de la personne prise en charge. Deux exceptions sont toutefois mentionnées : les adolescents dont la consommation paraît exagérément élevée et les patients dont la dégradation de l'état de santé paraît pouvoir être mise en relation avec la consommation de cigarettes. La réserve dont les médecins semblent assez généralement faire preuve en ce qui concerne les problèmes de tabagisme renvoie d'une part à une formation qui privilégie l'intervention curative au détriment de la prévention — avec ce que cela signifie en ce qui concerne les 'outils' qu'elle fournit (ou plutôt qu'elle ne fournit pas) pour permettre d'être actif dans ce dernier domaine — ainsi qu'à l'impression des médecins qu'une activité préventive dans le domaine du tabagisme est pratiquement vouée à l'échec.

Les réticences des médecins face à la prévention du tabagisme sont bien connues. Hugues¹³ ainsi que Richmond et al¹⁴ évoquent ce problème et l'expliquent par une formation insuffisante dans un domaine où le counselling possède un caractère complexe, par la surcharge permanente des médecins (trop occupés pour consacrer du temps à ce problème), par l'insuffisance des appuis — financiers ? — offerts par le système ainsi que par une approche de la médecine privilégiant les soins aigus au détriment de la prévention. Ce dernier argument renvoie également aux choix fondamentaux de la politique sanitaire qui placent les interventions d'urgence devant les atteintes dont la gravité n'apparaîtra qu'à long terme. Richmond et al évoquent enfin la situation des médecins contraints de choisir entre articuler leur action sur ce que le patient souhaite ou sur ce dont il a besoin.

D'une manière générale, la prise en compte du tabagisme dans le contexte de la consultation médicale paraît donc constituer une sorte de no man's land où ni le patient ni le médecin ne paraissent très enclins à vouloir s'aventurer. Insuffisamment informé de l'étendue des problèmes qu'il risque de rencontrer, le fumeur qui envisage de mettre un terme à sa consommation tend à banaliser le problème, à nier sa dépendance nicotinique et à faire confiance à sa propre motivation (ou à sa seule volonté). Le fumeur est par ailleurs rarement au courant — et souvent de manière très approximative — de ce que le médecin pourrait lui offrir en termes d'accompagnement et d'aide médicamenteuse. Il ne recherche par conséquent pas activement ses conseils du médecin mais semble toutefois raisonnablement disposé

l'écouter pour autant qu'il perçoive que les conseils qui lui sont donnés se fondent sur un réel intérêt pour sa problématique (pas de conseils 'automatiques' et 'neutres'). Chez les médecins, les réticences à aborder ce thème sont d'ordre divers (manque de temps, manque de formation, manque de soutien financier, autres priorités, etc.). Toutefois, comme les praticiens se déclarent disposés à investir du temps et de l'énergie à partir du moment où les patients sont clairement 'demandeurs', on peut estimer que c'est surtout faute de s'être suffisamment intéressés aux attentes des fumeurs qu'ils passent à côté de cette problématique.

5 ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN

Phase 1 de l'entretien

Je vais vous demander maintenant de me raconter votre histoire de fumeur, quand et comment vous avez commencé de fumer, comment votre consommation a évolué au cours du temps, pourquoi et comment vous avez peut-être cherché à la réduire — partiellement ou totalement — et, enfin, comment vous vous situez maintenant par rapport à la cigarette.

Objectifs

Etablir à quel stade du processus de « sevrage » la personne se situe (a priori, les sujets recrutés devraient se répartir entre les phases de « précontemplation » ou de « contemplation ») et identifier quelques problèmes à reprendre dans des phases ultérieures de l'entretien.

Phase 2 de l'entretien

L'attention se concentre sur la période durant laquelle les habitudes tabagiques se sont installées. En se référant aux théories de l'apprentissage social, il s'agit d'établir la présence ou l'absence d'un certain nombre de stimuli ou d'obstacles.

Stimuli : influence familiale (l'un ou l'autre des parents fumaient-ils déjà, était-ce le cas d'autres membres de la cellule familiale) / influence des pairs (dans le contexte du travail ou des loisirs) / influence sociale (le sujet était-il attentif à la publicité, comment a-t-il choisi la marque de cigarettes de ses débuts).

Obstacles : quels auraient pu être les obstacles susceptibles d'empêcher le sujet de se mettre à fumer (par exemple : interdiction de la part des parents, milieu professionnel interdisant la fumée, informations relatives à la nocivité de la fumée, etc.).

Renforcements / inhibitions : comment la consommation de tabac a-t-elle été accueillie au sein des milieux sociaux « signifiants » (famille, couple, lieu de travail, etc.).

Exemples de questions :

Les questions à poser découlent directement de ce que la personne vient d'exposer. Il n'est donc pas possible (ici comme plus loin dans l'entretien) de systématiser les questions à poser. Voici néanmoins quelques suggestions :

à propos de stimuli :

Vous m'avez dit, tout à l'heure, que vous aviez commencé à fumer vers l'âge de .. ans, pourriez-vous me dire si d'autres personnes fumaient dans votre entourage familial ? ... Et parmi vos amis les plus proche ?

Vous souvenez-vous de la marque des premières cigarettes que vous avez achetées ? ... Vous souvenez-vous pourquoi vous aviez choisi cette marque ? (en cas de non-réponse, suggérer : prix, marque fumée par une connaissance, publicité, souhait de se distinguer des autres, etc.)

à propos d'obstacles

Pensez-vous qu'un événement ou une personne aurait pu vous empêcher de commencer à fumer ? Lequel (lesquels) ? A votre avis, pourquoi cet événement ou cette personne aurait-il pu vous entraîner à ne pas fumer ?

Vous souvenez-vous si, au moment où vous avez commencé à fumer, des informations

circulaient sur les effets du tabac sur la santé ? A votre avis, pourquoi n'ont-elle pas joué de rôle sur votre décision de vous mettre à fumer ?

à propos de renforcements / inhibitions

Comment le fait que vous aviez commencé à fumer a-t-il été accepté par vos parents et parmi vos proches —notamment par votre petit(e) ami(e) — ? Vous a-t-on adressé des reproches ou avez-vous l'impression que votre choix rencontrait plutôt l'approbation de ces personnes ?

Phase 3 de l'entretien

L'attention porte sur l'évolution de la consommation de cigarettes entre le moment où l'habitude est bien installée (consommation quotidienne) et le moment où survient la première phase de contemplation (première tentative de renoncer à la consommation).

Objectif

Etablir s'il y a eu évolution de la consommation (stabilité, augmentation ou diminution / changement de marque / passage de cigarettes sans filtre à des cigarettes à bout filtre) et, dans l'affirmative, à quels facteurs le sujet rattache ces modifications (meilleure « image » d'une certaine marque, problèmes de santé, changement de travail, exigences provenant du milieu familial, informations relatives aux effets sanitaires de la fumée, etc.). Etablir si le sujet avait connaissance d'informations relatives à la nocivité du tabac et aux possibilités de désaccoutumance.

Exemples de questions

A propos des éventuelles modifications survenues en matière de consommation

Parlons maintenant de la période durant laquelle vous avez fumé sans vous poser spécialement de questions et sans chercher à réduire ou à supprimer votre consommation. Vous souvenez-vous si votre consommation quotidienne était plutôt stable ou si elle avait un caractère irrégulier caractérisé par des phases où vous fumiez plus ou moins qu'en moyenne ?

(Si la personne reconnaît avoir eu une consommation irrégulière) A quels facteurs pouvez-vous rattacher les hauts et les bas de votre consommation ? (en cas de non-réponse, évoquer divers exemples : maladie, tension, service militaire, etc.).

Avez-vous changé de marque de cigarettes durant cette période ? Si oui, pourquoi (prix, recherche de cigarettes plus légères, adoption du filtre (pour quel motif ?), intérêt pour une nouvelle marque — dans cette hypothèse, essayer de comprendre en quoi ce nouveau choix présentait-il plus d'intérêt que l'ancienne marque) ?

Avez-vous fumé seulement des cigarettes ou avez-vous aussi fumé, parallèlement, des cigares ou la pipe ?

A propos d'informations relatives à la nocivité du tabac et aux possibilités de désaccoutumance

Durant cette période, vous souvenez-vous avoir eu connaissance d'informations relatives à la nocivité du tabac ? D'où provenaient-elles (si nécessaire, proposer : journal, radio, télévision, famille, connaissances, médecin, etc.). Les avez-vous recherchées volontairement ou étiez-vous tombé dessus un peu par hasard ?

(Si le sujet a eu connaissance de telles informations) Comment expliquez-vous le fait de ne pas y avoir été sensible sur le moment ?

Des personnes proches de vous se plaignaient-elles de votre consommation de tabac (conjoint, camarades de travail). Dans l'affirmative, comment réagissiez-vous à ces remarques ? Pourquoi ce type de réaction plutôt, par exemple, que d'arrêter de fumer ?

Phase 4 de l'entretien

Il s'agit d'obtenir des informations sur les « lézardes » qui ont pu apparaître dans les habitudes de consommation. Y a-t-il eu des tentatives infructueuses d'abandonner la cigarette ? Quelles en étaient les raisons ? Comment le sujet s'y est-il pris pour se libérer de ses habitudes ? Quels événements ont-ils empêché que ces tentatives aboutissent.

Exemples de questions

Y a-t-il eu un certain moment où vous vous êtes dit qu'il faudrait diminuer ou supprimer votre consommation de cigarettes ?^m

Quelles circonstances vous avaient-elles poussé à une telle décision ? (Evoquer : maladie du sujet, maladie — éventuellement décès — de connaissances, pressions de proches, interdiction, conseils du médecin, informations diffusées par les médias ? Quels bénéfices personnels pensiez-vous pouvoir retirer de la diminution ou de la suppression de votre consommation ?

Pouvez-vous expliquer pourquoi ces facteurs qui n'avaient pas eu d'effet auparavant commençaient maintenant à vous faire réagir ?

Comment vous vous y êtes-vous pris pour essayer de diminuer votre consommation (ou y renoncer) ? Avez-vous recherché de l'aide (par exemple auprès de votre médecin) ?

Combien de tentatives infructueuses estimez-vous avoir entreprises ?

Quelles circonstances ont-elles pu, d'après vous, empêcher que vos tentatives aboutissent (?

Phase 5 de l'entretien

Il convient de distinguer deux situations : a) celle des sujets qui se trouvent encore en phase de pré-contemplationⁿ et b) celle des sujets qui se trouvent en phase de contemplation^o ou de préparation^p. Pour les sujets en phase de pré-contemplation, l'intérêt porte sur la connaissance des bénéfices personnels qu'apporterait l'interruption de la consommation, sur la connaissance des ressources disponibles et sur la compréhension des obstacles qui font encore pencher la balance en faveur de la consommation. Pour les sujets en phase de contemplation ou de préparation, l'intérêt porte sur la compréhension des facteurs qui font pencher la balance en faveur de l'interruption (bénéfices attendus), sur l'identification des obstacles qui pourraient faire échouer l'opération et sur la connaissance des structures susceptibles de les appuyer dans cette démarche.

Exemples de questions

Destinées aux sujets en phase de pré-contemplation

Vous m'avez dit tout à l'heure que vous continuez de fumer et que vous n'envisagez pas — pour les six prochains mois du moins — de mettre un terme à votre consommation. Pourriez-vous m'expliquer ce qui détermine ce choix ? Peut-on dire par exemple que, pour vous, les avantages de la fumée l'emportent encore sur les avantages que vous pourriez éventuellement retirer de l'abandon de la cigarette. Pourriez-vous me parler un peu de ces avantages et

^m Choisir une autre formulation pour les sujets qui auraient déjà donné une telle information dans leur exposé (phase 1 de l'entretien). Par exemple : « Vous avez déclaré tout à l'heure qu'à un certain moment, vous avez décidé de diminuer (ou de renoncer) votre consommation de cigarettes ...

ⁿ Aucune décision d'arrêter de fumer ou décision reportée à plus de six mois

^o Décision d'arrêter de fumer dans un délai situé entre un et six mois

^p Décision d'arrêter de fumer dans le courant du mois à venir

inconvénients ?

Estimez-vous que, dans votre entourage et parmi vos connaissances, des personnes exercent des pressions pour que vous arrêtiez de fumer ? Votre médecin vous a-t-il déjà une fois ou l'autre recommandé de renoncer à la cigarette ?

D'après vous, qu'y aurait-il de bon à attendre de renoncer à fumer ? Avez-vous des informations particulières à ce sujet ? Sauriez-vous éventuellement où en trouver ?

Destinées aux sujets en phase de contemplation ou de préparation

Quelles circonstances vous ont-elle amené à décider de renoncer à fumer ?

Quels bénéfices attendez-vous de cette décision ?

Quels obstacles envisagez-vous devoir surmonter pour parvenir à maîtriser votre consommation de tabac ? Avez-vous déjà réfléchi à la manière de les surmonter ? Avez-vous déjà une idée des personnes ou des structures auprès desquelles vous pourrez trouver un appui pour mener à terme votre démarche ?

6 BIBLIOGRAPHIE

- 1 Office fédéral de la statistique. L'enquête suisse sur la santé 1992/93. OFS, Section de la santé. Berne, 1994.
- 2 Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General, 1990. DHHS publication No CDC-90-8416. Rockville : US Department of Health and Human Services, 1990.
- 3 Muller R, Meyer M, Gmel G, editors. Alcool, tabac et drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 1997.
- 4 Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51: 390-395
- 5 Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC, Fava J. Measuring processes of change : applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56: 520-528
- 6 Jackson C. *Preventive Medicine* 1998; 27: 129-134
- 7 Kozlowski LT, Goldberg LT, Yost BA, White EL, Sweeney CT, Pillitteri JL. Smokers' misperceptions of light and ultr-light cigarettes may keep them smoking. *Am J Prev Med* 1998; 15: 9-16
- 8 Helman CG. Culture, health and illness. London, Wright, 1991 (pp. 187-190)
- 9 Clark MA, Kviz FJ, Crittenden KS, Warnecke RB. Psychological factors and smoking cessation behaviors among smokers who have and have not ever tried to quit. *Health Education Research* 1998; 13: 145-153
- 10 Hugues JR. The future of smoking cessation therapy in the United States. *Addiction* 1996; 91: 1797-1802
- 11 Butler CC, Pill R, Stott NCH. Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking : implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 1998; 316: 1878-1881
- 12 Office fédéral de la santé publique et Fédération des médecins suisses. Vivre sans tabac — campagne de sensibilisation auprès des médecins suisses (rapport intermédiaire). OFSP. Berne 1991
- 13 Hugues JR. The future of smoking cessation therapy in the United States. *Addiction* 1996; 91: 1797-1802
- 14 Richmond R, Mendelsohn C, Kehoe L. Family physicians' utilization of a brief smoking cessation program following reinforcement contact after training : a randomized trial. *Preventive Medicine* 1998; 27: 77-88

Liste des parutions

- N° 1 *Burnand B, Paccaud F, eds.* Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires: satisfaction des patients. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 2 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A, Groupe Eden.* Naissances vaudoises 1993-1994 : caractéristiques et facteurs de risque pour une affection chronique. (Rapport EDEN, 1). Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 18.-
- N° 3 *Yalcin T, Seker E, Beroud C, Eggli Y.* Planification des lits du CHUV: projections 1994-2005. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 4 *Narring F, Michaud P-A, Wydler H, Davatz F, Villaret M.* Sexualité des adolescents et sida : processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 30.-
- N° 5 *Eggli Y, Yalcin T, Basterrechea L.* Le système d'information dirigeant des Hospices : conception générale. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 6 *Eggli Y, Basterrechea L, Beroud C, Halfon P, Nguyen N, Perret A, Seker E, Yalcin T.* Tableaux de bord et de suivi conception détaillée. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 7 *Nguyen N, Eggli Y, Ruchet T, Schenker L.* Prévission budgétaire . Instructions, méthode et manuel d'utilisation. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 20.-
- N° 8 Manuel du Programme « Qualité » des Hospices. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 15.-
- N° 9 *Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber, F, Paccaud F.* Dépistage du cancer du sein par mammographie : évolution des conséquences psychologiques négatives chez les participantes. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 12.-
- N° 10 *Ferron C, Cordonier D, Schalbetter P, Delbo Piot I, Michaud P-A.* Santé des jeunes en rupture d'apprentissage : une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé et les facteurs favorisant une réinsertion socio-professionnelle. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 11 *Narring F, Berthoud A, Cauderay M, Favre M, Michaud P-A.* Condition physique et pratiques sportives des jeunes dans le canton de Vaud. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 12 *Berthoud A, Michaud PA.* Accompagnement et prévention des ruptures d'apprentissage : une recherche menée dans les cantons romands. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 13 *Moreau-Gruet F, Cochand P, Vannotti M, Dubois-Arber F.* L'adaptation au risque VIH/sida chez les couples homosexuels : version abrégée. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 12.-

- N° 14 *Ferron C, Michaud PA, Dubois-Arber F, Chollet-Bornand A, Scheder P-A.* Evaluation des unités de prévention et de traitements pour jeunes suicidants à Genève. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 15 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A.* EDEN : Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 18 mois dans une cohorte d'enfants vaudois. (Rapport EDEN, 2). Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 15.-
- N° 16 Les professions de la santé. Guide des formations. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 20.-
- N° 17 *Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B.* La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 18.-
- N° 18 *Dubois-Arber F, Haour-Knipe M.* Identification des discriminations institutionnelles à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en Suisse. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 19 *Vader JP, Porchet F, Larequi-Lauber T, Burnand B.* Indications à la laminectomie : adéquation et nécessité. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 20a *Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 20b *Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996 : version abrégée du rapport d'août 1998. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 21 *Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F.* Evaluation des effets induits de l'Opération Nez rouge. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 22 *Ernst M-L, Haour-Knipe M, Spencer B.* Evaluation des Aktionsprogrammes "Gesundheit von Frauen: Schwerpunkt HIV-Prävention 1994-1997". Evaluation of the "Women's Health: HIV Prevention Programme 1994-1997". Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 15.-
- N° 23 *Livio F, Buclin T, Yersin B, Maghraoui A, Burnand B, Biollaz J.* Hospitalisations pour effet indésirable médicamenteux : recensement prospectif dans un service d'urgences médicales. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 35.-
- N° 24 *Narring F, Michaud PA.* Etude sur les attentes des élèves par rapport au médiateur scolaire. IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 25 *Cassis I, Burnand B, Decrey H, Jacquet B, Bertona M, Pécoud A, Paccaud F.* La consultation des 50 ans : prévention et promotion de la santé en entreprise. IUMSP, 1998. CHF 18.-
- N° 26 *Peer L, Renard D, Santos-Eggimann B.* Evaluation de la mise en œuvre du programme Interface : Rapport final. IUMSP, 1999. CHF 15.-

- N° 27 *Bouזורène K, Burnand B, Gallant S, Ricciardi P, Richard JL, Sudre P, Iten A.* Evaluation de la qualité de vie chez les personnes infectées par le VIH. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 20.-
- N° 28 *à paraître*
- N° 29 *Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, et par ordre alphabétique, Benninghoff F, Haour-Knipe M, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Paccaud F.* Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique : sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 20.-
- N° 30 *Beroud C, Eggli Y, Fossati M, Perret A.* Satisfaction du personnel des Hospices cantonaux en 1996. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 15.-
- N° 31 *Beroud C, Eggli Y, Perret A.* Satisfaction des patients du CHUV en 1996-1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 15.-
- N° 32 *Blanc JY, Chavaz N, Dubois A, Pegda JE, Renard D, Santos-Eggimann B.* Evaluation du programme vaudois d'hospitalisation à domicile (HAD) : Rapport sur la première année d'activité. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 33 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F.* EDEN : Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 4 ans dans une cohorte d'enfants vaudois. (Rapport EDEN, 3). Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 18.-
- N° 34 *Meystre-Agustoni G, Cornuz J.* Carrières de fumeurs : Facteurs entravant ou facilitant l'abandon de la cigarette. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 35 *Castillo V, Halfon P, Eggli Y, Genoud P, Bogouslavsky J.* Revue des hospitalisations du service de neurologie du CHUV en 1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1999. CHF 12.-
- N° 36 *Hascoet C, Halfon P, Eggli Y, Genoud P, Hauri S, Gillet M.* Revue des hospitalisations du service de chirurgie générale du CHUV en 1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1999. CHF 12.-



**Bulletin de commande
à adresser à**

Service d'édition et de diffusion - SED
Institut universitaire de médecine sociale et préventive
17, rue du Bugnon
CH - 1005 Lausanne

Téléphone ■ ■ 41 21 314 72 77
Téléfax ■ ■ 41 21 314 73 73
e-mail Claude.Muhlemann@inst.hospvd.ch

Je désire recevoir

	n° _____
Auteur/s

Titre

	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
	n° _____
Auteur/s

Titre

	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
	n° _____
Auteur/s

Titre

	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
La liste complète de nos titres <input type="checkbox"/>	

A l'adresse suivante :

Nom et prénom

Institution

Rue

NPA/Ville

Téléphone/téléfax

