

« Sevrage tabagique en milieu précarisé : le programme du SEPT »

Mémoire réalisé par
Hélène Poorteman

Promoteur
Professeur Vincent Lorant

Co-promotrice
Céline Corman

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

« Sevrage tabagique en milieu précarisé : le programme du SEPT »

Mémoire réalisé par
Hélène Poorteman

Promoteur
Professeur Vincent Lorant

Co-promotrice
Céline Corman

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Vincent Lorient, promoteur de ce mémoire, pour ses conseils avisés et sa disponibilité. Son aide précieuse et ses encouragements continus m'ont permis de mener à bien ce travail.

Mes remerciements s'adressent également à Madame Céline Corman, psychologue clinicienne et tabacologue, qui m'a épaulée tout au long de l'élaboration de cette étude en assurant parfaitement son rôle de co-promotrice.

Je souhaite aussi remercier Monsieur Robert, Madame Grard et Madame Mélard pour leur accompagnement méthodologique et leurs précieuses recommandations tout au long de l'année.

J'exprime également ma reconnaissance à Monsieur Dekeyser et son équipe qui m'ont accordé leur confiance et accueillie dans leur association.

Merci aux formatrices des structures psychosociales pour avoir manifesté un intérêt à cette étude et m'avoir consacré du temps. Sans oublier les participants au module de « mise en projet » pour l'implication et le sérieux qu'ils ont porté à ce travail, sans qui ce mémoire n'aurait pas été possible.

Enfin à Maxime, ma famille et mes amies du master pour leur encouragement, leur soutien et diverses relectures.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES ABRÉVIATIONS.....	8
INTRODUCTION.....	9
CADRE THEORIQUE.....	11
I. Le lien entre tabagisme et statut socio - économique	11
1.1. Les fumeurs en situation de précarité : « profil »	12
1.2. Des différences sociales marquées dans le processus de sevrage : facteurs explicatifs (liste non exhaustive) 12	
1.2.1. Facteurs contextuels (socio-économiques – culturels – environnementaux).....	12
1.2.2. Facteurs liés aux conditions de vie et de travail	13
1.2.3. Facteurs liés aux réseaux sociaux et communautaires	13
1.2.4. Facteurs personnels	14
II. Les interventions	16
2.1. Interventions générales	16
2.2. Les interventions conçues spécifiquement pour les populations défavorisées - Approches ciblées	17
2.2.1. Portes d'entrée : atteinte des fumeurs défavorisés.....	17
2.2.1.1. Recrutement à l'échelle « populationnelle »	17
2.2.1.2. Intervention sur les lieux de vie	18
2.2.2. Interventions « individuelles »	19
2.2.2.1. Thérapies comportementales.....	19
2.2.2.2. Traitements médicamenteux : focus sur les substituts nicotiniques	20
2.2.3. Interventions « communautaires ».....	21
2.2.3.1. Intervention par les pairs.....	21
2.2.3.2. Démarche participative communautaire	22
2.2.4. Interventions locales : et chez nous ?	22
III. Le Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme (SEPT)	24
3.1. Théorie de programme : généralités	24
3.2. Théorie de programme des modules « mise en projet » du sept	25
3.2.1. Sur base de quel(s) besoin(s) le SEPT justifie-t-il son programme ?	25
3.2.2. Quels sont leurs objectifs ?.....	25
3.2.3. Intrants.....	26
3.2.4. Groupes ciblés	26
3.2.5. Les activités.....	26
3.2.5.1. Les interventions « transversales » déployées par le SEPT tout au long du module.....	27
3.2.5.2. Quelles sont les activités spécifiques à chacune des séances ?	27
3.2.6. Extrants	28
3.2.7. Stratégies	28
3.2.8. Facteurs contributifs	29
3.2.9. Contexte et facteurs externes.....	30
3.2.10. Résultats	30
PARTIE EMPIRIQUE	31
I. Méthode.....	31
1.1. Question de recherche.....	31
1.2. Objectifs de l'étude.....	31
1.3. Approche qualitative : justification.....	32
1.4. Echantillon.....	32
1.5. Récolte des données.....	34
1.6. Analyse des données.....	36
1.7. Ethique.....	37

II. Résultats.....	38
2.1. Présentation des participants interrogés : grandes tendances.....	38
2.2. Résultats qualitatifs.....	38
2.2.1. Contexte	38
2.2.1.1. Particularités des bénéficiaires défavorisés.....	39
2.2.1.2. Modalités de participation.....	39
2.2.2. Les besoins	40
2.2.2.1. Diagnostic	40
2.2.2.2. Besoins.....	41
2.2.3. Objectifs	41
2.2.3.1. Objectif général.....	42
2.2.3.2. Objectifs spécifiques	42
2.2.3.3. Objectifs transversaux.....	43
2.2.4. Facteurs contributifs.....	43
2.2.4.1. L'accroche	43
2.2.4.2. La participation	44
2.2.4.2.1. Réticences à participer	45
2.2.4.2.2. Motivations à participer au module « mise en projet ».....	45
2.2.5. Activités proposées par le SEPT	47
2.2.5.1. Les séances de groupe.....	47
2.2.5.2. Intervention des tabacologues dans l'environnement de vie	50
2.2.6. Résultats	52
2.2.6.1. Mesure des résultats.....	52
2.2.6.2. Indicateurs de qualité	52
2.2.6.2.1. Cognitifs	53
2.2.6.2.2. Représentationnels.....	54
2.2.6.2.3. Comportementaux	54
2.2.6.2.4. Satisfaction	56
III. Discussion.....	59
3.1. Les principaux résultats	59
3.1.1. Contexte et facteurs externes.....	59
3.1.2. Besoins	60
3.1.3. Objectifs	62
3.1.4. Activités du SEPT	62
3.1.5. Stratégie du sept – référence théorique.....	64
3.1.6. Facteurs contributifs à la réussite du programme	65
3.1.7. Résultats	65
3.2. Perspectives futures : implications pour la pratique	67
3.2.1. Favoriser une démarche plus participative	67
3.2.2. Mise en place d'un suivi.....	68
3.2.3. Maintien des groupes fermés.....	69
3.2.4. Evaluation des besoins	70
3.2.5. Evaluation	70
3.3. Limites/biais de l'étude.....	71
CONCLUSION.....	74
Bibliographie.....	76
ANNEXES.....	87

TABLE DES ABRÉVIATIONS

APS	Acteurs Psycho-Sociaux
ASBL	Association Sans But Lucratif
BIM	Bénéficiaire d'Intervention Majorée
CEB	Certificat d'Etude de Base
CO	Monoxyde de Carbone
CPAS	Centre Public d'Action Sociale
EFT	Entreprises de Formation par le Travail
FARES	Fonds des Affections Respiratoires
	Service public wallon de l'Emploi et de la Formation
FOREM	Professionnelle
HISIA	Belgian Health Interview Survey
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
MG	Médecin Généraliste
MM	Maisons médicales
MTC	Modèle Transthéorique du Changement de comportement
NHS	National Health Service
NRT	Nicotine Replacement Therapy
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSH	Observatoire de la Santé du Hainaut
PWST	Plan Wallon Sans Tabac
SEPT	Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme
SSE	Statut socio-économique
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
SSS	Stop Smoking Service
UK	United Kingdom
USA	United States of America

INTRODUCTION

A l'échelle internationale, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 6 millions de personnes meurent chaque année suite à leur consommation de cigarettes [1] et d'ici 2030, 2 millions de décès supplémentaires seront constatés si d'autres dispositions ne sont pas appliquées [2]. Dans les pays industrialisés, le tabagisme fait partie intégrante des facteurs qui contribuent aux inégalités sociales. En 2014, 1,3 milliard de personnes consommaient du tabac [3] et son usage n'est pas réparti équitablement puisque « les chômeurs, les sans domicile fixe, les prisonniers, les familles monoparentales, les malades mentaux et les minorités ethniques présentent une proportion de fumeurs plus importante » [4]. Malgré une diminution de la consommation de tabac dans la population générale, les inégalités demeurent prononcées [5]. En effet, on constate, notamment selon le niveau de revenu, le niveau d'éducation et le type d'emploi, une différence de prévalence du tabagisme [6]. La réussite du sevrage est également concernée par ces disparités puisque, selon Kotz et West, elle concerne deux fois moins les ouvriers et les chômeurs anglais que les cadres [7]. Ainsi, au Royaume - Uni, plus de la moitié du risque de décès prématuré entre les individus ayant un faible statut socio-économique (SSE) et ceux ayant un niveau élevé est causé par le tabagisme et illustre donc cette malheureuse constatation [8]. Ainsi, le fossé entre ces deux groupes sociaux (extrêmes) ne s'atténue pas, constituant ainsi un défi en santé publique.

L'intérêt pour ce sujet provient notamment de deux formations suivies actuellement (sciences de la santé publique et tabacologie) qui me paraissent complémentaires et me permettent d'aborder cette thématique avec passion.

Alors, quel est le lien entre le tabagisme et le statut socio-économique ? Quels sont les facteurs susceptibles d'expliquer une telle différence dans la réussite du sevrage ? Tenter de répondre à ces questionnements constituera donc la première partie de notre exposé théorique. Dans un deuxième temps, il sera pertinent, au vu de ce constat, de nous intéresser aux interventions et à leur efficacité auprès d'un public précarisé. Nous y distinguerons donc les interventions générales des interventions spécifiques, ciblées à leur égard. Enfin, pour clôturer notre revue de la littérature, nous nous focaliserons plus particulièrement sur la théorie de programme du Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme (SEPT), objet de l'étude. En effet, le SEPT intervient en région wallonne auprès des populations défavorisées issues de structures psychosociales. Y porter un intérêt nous semble donc légitime puisque faisant partie intégrante du plan wallon sans tabac, cette Association Sans But Lucratif (ASBL) a pour objectif principal de contribuer à une diminution de 2% de la consommation tabagique des belges d'ici 2030 et ce dans une perspective d'égalisation des chances. Alors, comprendre l'expérience des fumeurs défavorisés qui sont confrontés à la pratique

du SEPT et mettre en lumière les concordances/discordances potentiellement présentes entre leur intervention et les besoins/ attentes de leurs bénéficiaires constituent nos principaux objectifs. Ainsi, l'utilité première de ce travail serait donc de proposer des pistes d'amélioration afin de garantir la meilleure adéquation entre les différents stakeholders (« parties prenantes »).

Par conséquent, la question de recherche suivante a émergé : comment la pratique du SEPT rencontre-t-elle les besoins et les attentes des fumeurs précarisés confrontés au module de « mise en projet » ? Pour y répondre nous exposerons dans un premier temps notre méthodologie. De ce fait, nous y aborderons nos objectifs, notre méthode, notre échantillon, notre récolte et l'analyse du matériau produit. Secundo, les résultats ressortis seront soumis. Pour terminer, les principaux résultats seront interprétés et les limites et biais de notre étude seront énoncés. Les perspectives futures, constituées principalement de pistes d'amélioration pour l'intervention du SEPT et de questionnements seront proposés pour ensuite clôturer notre étude.

CADRE THEORIQUE

I. Le lien entre tabagisme et statut socio - économique

Les inégalités sociales de santé sont définies par Guichard et Potvin comme étant « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale » [9]. L'OMS les définit à son tour comme « les différences systématiques et évitables dans la prévalence ou incidence des problèmes entre les groupes sociaux » [10]. Il est connu que la situation sanitaire d'un individu est influencée par sa position dans la société (Black Rapport au Royaume-Uni). En effet, on parle de gradient social de santé c'est-à-dire que ceux qui se situent dans la catégorie sociale la plus élevée jouissent d'une meilleure santé que ceux localisés dans la catégorie directement inférieure, phénomène se reproduisant jusqu'au palier le plus bas [11]. Les différents déterminants sociaux de la santé, et plus particulièrement leurs répartitions inégales entre les groupes sociaux, sont nécessaires pour appréhender ce constat [9, 12, 13,14].

Afin d'identifier les stratificateurs sociaux, la typologie PROGRESS (« lieu de résidence, l'origine ethnique, la catégorie socio-professionnelle, le genre, la religion, l'éducation, le capital social et le statut socio-économique ») peut être utilisée [15]. Ainsi, ce dernier axe (SSE) indique les facteurs sociaux et économiques qui influencent le positionnement des individus ou des groupes dans la structure d'une société » [16]. Les trois principaux paramètres tels que le niveau d'éducation, de revenu et le statut professionnel y font principalement référence et constituent ainsi l'indicateur socio-économique par excellence pour considérer les inégalités sociales de santé [10,16]. Les inégalités sociales de santé sont bel et bien présentes et ce dans la majorité des problématiques de santé [17]. Ainsi, que ce soit en termes de mortalité ou de morbidité, un gradient social de santé est bien réel. Le second rapport sur la santé des canadiens avance notamment que 73% des canadiens ayant le niveau de revenu le plus haut déclaraient être en bonne santé contre 47% chez ceux possédant le niveau le plus bas. Entre chaque couche de revenus, la prévalence de maladies, l'état de santé et l'espérance de vie s'avèrent également s'améliorer [18]. En Belgique, ce constat est également présent. Les différences d'espérance de vie à la naissance selon le revenu médian des habitants belges en est une illustration [19]. L'accès aux soins curatifs et préventifs, l'utilisation des dépistages (...) sont également concernés par ces inégalités tout comme la majorité des comportements de santé [17,20]. Parmi ces comportements, nous porterons un intérêt au tabagisme, qui contribue fortement aux inégalités sociales de santé, méritant ainsi de s'intéresser à sa relation indiscutable avec le statut socio-économique des individus. Pour ce faire dans cette section, nous ciblerons rapidement les « grandes caractéristiques » des fumeurs ayant un faible SSE afin d'appuyer l'importance de leur porter un intérêt particulier. Ensuite, nous nous attarderons sur divers facteurs susceptibles d'expliquer les différences sociales mises en cause dans le processus de

sevrage. Afin de structurer nos dires, nous ferons référence au modèle de Whitehead et Dahlgren (un modèle explicatif des déterminants sociaux de la santé parmi d'autres) et à son adaptation pour les publics vulnérables réalisée par Twyman & al (2014) [11, 21, 22,23].

1.1. Les fumeurs en situation de précarité : « profil »

Les fumeurs en situation de précarité débutent leur consommation à un âge plus précoce [106] et souvent dans une sphère familiale ou amicale [24,25]. L'utilisation du tabac étant plus accrue dans leurs milieux de vie, ils sont également plus susceptibles d'inhaler la fumée de cigarette dite secondaire [4], connue comme étant la plus toxique pour les non-fumeurs [26]. De plus, ils fument davantage de cigarettes, tirent plus intensément [4] et dépendent donc plus fortement du tabac [27]. Il s'avère également que ces fumeurs paraissent plus réticents à l'usage des substituts nicotiniques (NRT) et y présentent une moins bonne adhérence alors qu'un respect du traitement augmenterait les chances de succès [4,25]. Quant à leur motivation à stopper le tabac, il semble, sur le long terme, ne pas avoir de différences importantes de motivation selon le statut socio-économique [4,25]. In fine, la réussite du sevrage est aussi concernée par des disparités puisque le succès est moins prononcé chez les fumeurs sans diplôme et les chômeurs. Ainsi, on observe 2x moins d'arrêts chez les fumeurs défavorisés alors que le nombre de tentatives ne dépend pas du statut socio-économique [7]. Alors, quels sont les facteurs susceptibles d'expliquer une telle différence dans la réussite du sevrage ?

1.2. Des différences sociales marquées dans le processus de sevrage : facteurs explicatifs (liste non exhaustive)

Au vu des spécificités mises en lumière ci-dessus, il est pertinent de s'intéresser aux différents facteurs susceptibles d'entraver le sevrage tabagique chez la population défavorisée. Ils seront présentés selon le modèle de Whitehead et Dahlgren comme l'ont suggéré Twyman et al dans leur revue systématique [22]. Ainsi, des facteurs individuels, liés aux réseaux sociaux et aux communautés, liés aux conditions de vie et contextuels seront énoncés [22].

1.2.1. Facteurs contextuels (socio-économiques – culturels – environnementaux)

Il se trouve que c'est en région Wallonne que le taux de fumeurs quotidiens est le plus élevé, même si seuls 4% les séparent de la région Flamande et Bruxelloise. Notre population d'étude étant exclusivement située en Wallonie, il serait intéressant de rapporter quelques éléments contextuels pertinents, pouvant avoir une répercussion inégale sur la consommation tabagique. Par exemple, selon le tableau de bord wallon de la santé (2013), des inégalités de revenus sont bien présentes et sont en augmentation (comme dans les deux autres régions). De plus, le seuil de pauvreté pourrait

être atteint par environ 20% des wallons. Selon le bureau international du travail, le taux de chômage en Wallonie s'élève à 10,1% en 2012, supérieur à la moyenne belge. A noter qu'en tenant compte des données administratives, il s'élève en moyenne à 16,1%. Le niveau d'éducation pouvant lui aussi influencer l'usage du tabac, il est important de noter que sur le territoire wallon, 35% des 25-74 ans ne possèdent qu'un certificat d'étude de base (CEB) ou diplôme des secondaires inférieurs et que les personnes peu qualifiées sont plus nombreuses dans cette région [28].

1.2.2. Facteurs liés aux conditions de vie et de travail

En 2013, d'après l'enquête belge de santé par interview (HISIA), selon le niveau d'éducation, le pourcentage de fumeurs belges quotidiens diffère. En effet, un niveau d'éducation plus faible est associé à une consommation tabagique plus élevée (20,2% pour un niveau primaire, 30% pour un niveau secondaire inférieur contre 15,9% pour un niveau d'éducation supérieure) [5]. Nous observons une tendance similaire selon le niveau de revenu puisqu'un revenu faible est associé à une consommation plus élevée (28,5% pour le revenu le plus faible contre 16,7% pour le revenu le plus élevé en 2013) [29]. Les individus en possession d'un diplôme universitaire présentent aussi un taux significativement inférieur que les autres (12% versus 19,3 à 23,2%). Le nombre de cigarettes consommées par jour est également légèrement inférieur chez les diplômés supérieurs (15 versus 18) [5]. Le statut d'activité et le type d'emploi sont également touchés par ces disparités [30]. En France, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) avance, en 2010 via le baromètre de santé, une prévalence du tabagisme de 51,1% chez les chômeurs contre 33,5% chez les individus actifs. Les ouvriers (47%), les employés (36,3%) et les cadres (24,6%) se distinguent également du fait de leur consommation tabagique [31].

Les situations stressantes et sujettes à l'anxiété sont plus nombreuses chez les populations précarisées (être sans emploi, la solitude, le revenu faible, la remise en question de son identité ...) et pourraient justifier, selon eux, leur consommation tabagique [22,32]. De plus, cela peut également accentuer le risque de rechutes, qui sont plus nombreuses chez cette population spécifique. [4,25]

1.2.3. Facteurs liés aux réseaux sociaux et communautaires

La revue systématique de Twyman et al (2014) [22] a mis en évidence, et ce pour les fumeurs à faible statut socio-économique, un faible soutien social de la part de l'entourage comme pouvant enrayer un changement de comportement favorable alors que le support social est un élément prédictif au sevrage [4]. Le conjoint et/ou le réseau social des individus à faible SSE étant plus

largement susceptible(s) d'être constitué de fumeurs, il leur est donc plus difficile de trouver un support relationnel dans leur démarche d'arrêt [4]. Selon l'étude qualitative de Paul et al (2010) [33], les groupes moins favorisés confirment qu'une bonne part de leur entourage fume alors que les SSE élevés observent une diminution du nombre de fumeurs autour d'eux. D'après Pasquereau et al (2016), 28,2% des français (15-75 ans) avaient signalé qu'au moins un fumeur consommait du tabac à leur domicile. Au plus le diplôme était élevé, au moins l'usage du tabac était répandu à la maison. Cette constatation se vérifie aussi selon la catégorie professionnelle puisque les ouvriers déclarent davantage un tabagisme à leur domicile (20% versus 10,8% chez les cadres) [34].

L'acceptabilité du tabagisme dans la communauté a également été largement invoquée comme frein à l'arrêt par ces fumeurs [22]. Ainsi, selon les individus à SSE élevé, il serait mal vu de se promener avec une cigarette à la bouche alors que ces pratiques ne sont pas ressenties comme négatives par leurs opposés [33]. Les fumeurs à faible SSE acceptent aussi davantage de fumer en groupe, tisser de nouveaux liens étant recherché (surtout par les femmes). Enfin, d'ordre plus professionnel, les défavorisés soulignent que leur environnement de travail incite plus à consommer du tabac (pauses importantes, travail à l'extérieur ...) [33].

Parallèlement, un manque de support de la part des professionnels de santé et services de santé a également été rapporté par les fumeurs défavorisés comme étant un frein au sevrage dans l'étude de Twyman & al (2014) et d'Hiscock et al (2012) [4,22].

1.2.4. Facteurs personnels

La dépendance physique accrue a été relayée comme facteur personnel. En effet, comme relaté précédemment, un faible SSE est associé à une dépendance à la nicotine plus importante [4]. De plus, la concentration en cotinine, métabolite de la nicotine et reflet de l'exposition au tabac, est également affectée par la position socio-économique puisque son taux est plus important chez les plus démunis que chez les plus aisés (modèle ajusté au nombre de cigarettes consommées par jour) [35].

D'ordre plus psychologique, utiliser la cigarette comme mécanisme de coping a été notamment soulevé, la consommation tabagique étant majoritairement appariée à la gestion de stress (surtout au vu des conditions de vie exposées précédemment) [22, 32, 36]. De plus, les capacités psychologiques se sont montrées inégales face à un changement de comportement. Une situation de vie plus complexe engendre notamment une diminution de leur « auto-efficacité » et un manque de confiance en soi face à la réussite d'un sevrage [4,25]. Selon l'enquête internationale de lutte contre le tabagisme (ITC) [37], les individus ayant un niveau d'éducation faible présentaient 35% plus de risques de disposer d'un sentiment d'efficacité personnelle plus limité que ceux possédant un niveau d'éducation plus élevé. Ce constat semble également s'appliquer à l'intention d'arrêter de

fumer puisque les niveaux plus élevés manifestaient 40% plus de chances d'intention de s'y engager que ceux ayant un niveau inférieur (ce pourcentage s'élève à 23% lorsque l'on tient compte du niveau de revenu) [37].

Selon Merson et al (2012), considérer le futur semblerait aussi impacter positivement le sevrage alors qu'être axé vers un « passé négatif » ou un « présent fataliste », prédominant chez les individus défavorisés, n'y apporterait aucun effet favorable. Ils auraient donc tendance à ne pas considérer les conséquences à long terme mais bien à se limiter à l'immédiat puisque leur futur reste très incertain (urgence constante) [38]. Lluras-Muney et al (2010) [39] avancent que les individus qui envisagent l'avenir et qui le planifient se préoccupent davantage de leur santé. Même si un niveau d'éducation plus faible est lié à des perceptions de l'avenir plus sombres, la valeur attribuée à l'avenir « n'explique pas, à elle seule, le gradient d'éducation présent dans les comportements de santé ».

Selon Stewart et al, le niveau de littératie en santé contribue aussi aux inégalités inculquées au tabagisme [40]. Sorensen et al définissent ce concept comme étant « La connaissance, les compétences, la motivation et la capacité des individus à repérer, comprendre, évaluer, utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de vie au cours de celle-ci » [41,42]. Les auteurs [40] ont observé un faible niveau chez les groupes sociaux défavorisés et est en adéquation avec des résultats sanitaires négatifs, le tabagisme étant entre autre concerné. De ce fait, le risque de rechutes était plus important chez les fumeurs ayant une plus faible littératie en santé et serait également « associée à une plus grande dépendance, une plus faible connaissance des risques du tabagisme et à une perception du risque moins présente ». [40]

Patrick Peretti-Watel appuie ces propos puisque, selon lui, les moins favorisés minimiseraient les risques du tabac [24]. On pourrait donc supposer qu'ils aient moins de facilités à appréhender les messages préventifs (lié à un niveau de littératie en santé plus faible ?). La réceptivité aux risques est également différente selon la situation professionnelle puisque, si la situation est favorable, s'inquiéter de sa santé a un sens alors que si l'avenir n'est pas défini, les risques tabagiques ne constituent pas une priorité.

II. Les interventions

Toutes ces spécificités citées ci-dessus appuient, dès lors, la nécessité d'accorder une plus grande importance à ces groupes sociaux moins favorisés, comme recommandé par la convention cadre pour la lutte antitabac (OMS) [43].

Alors, qu'en est-il des interventions ? Qu'elles soient générales ou menées à leur intention dans la « lutte anti-tabac », qu'en est-il de leur efficacité ?

2.1. Interventions générales

Ici, nous nous intéresserons aux effets potentiels des interventions générales sur les fumeurs à faible statut socio-économique. Pour ce faire, nous évoquons plus particulièrement les mesures anti-tabac, « tobacco control policies ». Ainsi, « la hausse du prix du tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, les campagnes médiatiques, l'absence de bannières publicitaires, l'étiquetage sanitaire et l'aide au sevrage tabagique » semblent porter ses fruits chez la population générale en ayant contribué à la diminution de la prévalence du tabagisme dans l'union européenne. Cependant, des inégalités restent présentes, voir même intensifiées depuis le début du 21^{ème} siècle. Ces dispositions de lutte contre le tabagisme (excepté les messages d'avertissement) participent donc davantage à la réussite du sevrage chez les individus ayant un niveau d'éducation plus élevé [44,45]. La revue systématique de Brown et al (2014) a également étudié l'impact des mesures populationnelles et politiques sur l'équité, ciblant particulièrement les dimensions citées précédemment [6]. Concernant la hausse des taxes et du prix du tabac, il en ressort notamment que les groupes à faible SSE ont été davantage touchés par cette mesure puisqu'une réduction de la prévalence et/ou de la consommation a été observée dans 14 études [6]. Lac Hong et al (2008) confirment ces propos puisque les fluctuations du prix susciteraient deux fois plus de retentissement chez les sujets présentant un revenu modeste que chez ceux dont le revenu est élevé, le même effet étant également observé selon le niveau d'instruction. A long terme, le niveau de dépendance est également concerné puisque plus l'individu est dépendant, plus il semble être réceptif à l'oscillation du prix des cigarettes et diminuerait donc sa consommation [25]. Par contre, il en découlerait, chez ceux qui continueraient la fume, un changement d'habitudes puisque les plus défavorisés privilégieront un tabac de « moins bonne qualité », la nicotine et le goudron étant présents en plus grande quantité (tabac en vrac, cigarettes roulées sans filtre). Ils modifieront aussi leur façon de fumer [25] ou consacreront un budget plus conséquent au tabac au détriment d'autres besoins [32]. Une deuxième mesure étudiée par Brown & al est les campagnes de prévention. Les auteurs distinguent 2 types de campagnes et restent prudents au vu de la multitude de messages et de supports médiatiques possibles. La première catégorie est davantage centrée sur l'arrêt

tabagique et s'est avérée mitigée quant à son efficacité. Utiliser les émotions, la personnalisation et le graphisme dans ces campagnes semblait davantage efficace chez les populations à faible statut socio-économique. Quant aux campagnes axées sur le recours à des substituts nicotiniques et à des lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt, 5 études se sont montrées efficaces dont 3 stipulent notamment la gratuité des substituts nicotiniques [6,46]. En ce qui concerne l'effet général de la législation prohibant le tabagisme dans les lieux publics, il n'est pas réellement établi. Il n'est donc pas prouvé que cette interdiction engendre un effet positif sur les individus ayant un SSE bas. Néanmoins, s'il s'agit d'une politique nationale globale, l'impact sur l'équité semble plus encourageant [6]. Les neuf études relatives à l'interdiction des publicités pro-tabac mises en avant dans cette revue systématique ont principalement avancé un impact neutre sur l'équité [6]. En conclusion, la littérature spécifie sans aucun doute la nécessité d'associer les différentes mesures et de cibler spécifiquement les populations présentant un statut socio-économique faible afin de les rendre efficaces dans la lutte contre ces inégalités [47]. Combiner les politiques fiscales à une politique nationale globale sans tabac serait a priori la mesure populationnelle la plus efficace en termes d'équité [6].

2.2. Les interventions conçues spécifiquement pour les populations défavorisées - Approches ciblées

Mettre en place des stratégies adaptées à un public défavorisé semble donc se justifier au vu des taux de prévalence du tabagisme différents selon les groupes sociaux afin d'agir tant sur l'initiation que sur le sevrage [48,49], alors, quelles sont-elles ?

2.2.1. Portes d'entrée : atteinte des fumeurs défavorisés

Il est montré dans la littérature que les populations à faible statut socio-économique recourent dans une moindre mesure aux services de santé tout comme à la prévention. Ainsi, atteindre de manière pro-active ces fumeurs semble trouver tout son sens [10]. Nous avons notamment relevé 2 approches, une plus populationnelle et une faisant davantage référence à l'intervention sur les « lieux de vie ».

2.2.1.1. Recrutement à l'échelle « populationnelle »

Le programme américain WISEWOMAN, visant initialement la lutte contre les maladies cardiovasculaires, permet de recruter les femmes fumeuses (40 à 64 ans) à faible revenu en leur proposant une aide à l'arrêt. Entre 2008 et 2013, ces dernières participantes ont donc bénéficié de la possibilité de recourir à une ligne téléphonique et d'entretiens motivationnels. La réorientation vers des services communautaires était aussi mise en place. Il en résulte chez les inscrites, un taux

de 15% de sevrage entre la première visite et la dernière faisant office d'évaluation, l'appartenance ethnique, l'âge et le nombre de visites influençant la probabilité d'arrêter de fumer [50]. Toujours aux Etats-Unis, le projet CLIQ (Community Link To Quit) permet d'exploiter les données relatives au statut tabagique tenues dans les dossiers de santé électroniques. Ceci constitue donc une porte d'entrée pour intervenir de manière pro active auprès des fumeurs à faible statut socio-économique. Un essai clinique randomisé a donc été réalisé par Brawarsky et al confrontant ainsi la prise en charge traditionnelle à cette intervention spécifique reprenant des conseils par téléphone (faisant référence à l'entretien motivationnel), la distribution de NRT gratuits durant 6 semaines, la mise à disposition de ressources communautaires tout en impliquant l'équipe pluridisciplinaire du patient via le dossier informatisé. Il en est ressorti après 9 mois d'étude, un taux de sevrage tabagique auto déclaré (= ne pas avoir fumé depuis minimum 7 jours) de 26,8% lorsque le traitement particulier était opéré contre 12,4% lorsque les pratiques habituelles étaient appliquées. A savoir que 65% de ces abstinents avaient déjà prévu d'arrêter avant leur participation à l'étude. [51].

2.2.1.2. Intervention sur les lieux de vie

Appréhender ces groupes sociaux spécifiques dans leur environnement constitue aussi une piste à exploiter [8]. Deux études qualitatives réalisées au Royaume-Uni (*Roddy et al & Wiltshire et al*), reprises dans la revue systématique de Murray et al (2009) ont recueilli, chez les fumeurs défavorisés, « la peur d'être jugé, la peur de l'échec et le manque de connaissances à l'égard des services disponibles » comme étant des barrières à l'accessibilité des services d'aide aux fumeurs [8]. Barbeau & al se sont également attardés au lieu de travail (manuel) et ont avancé qu'y établir des services d'aide à l'arrêt du tabac pourrait mener à des taux de sevrage plus élevés [8].

La mise en place d'un « service mobile dans les lieux publics » (Stop Smoking Service - SSS) au Royaume-Uni dans lequel se déroulaient des thérapies individuelles est également intéressante à étudier puisqu'elle permet d'atteindre les fumeurs défavorisés. Comparé à un service standard, les taux de participation ne sont pas différents mais le type de population variait puisque ce service était davantage fréquenté par des individus plus jeunes, de professions manuelles, ayant recours pour la première fois à un service d'aide et qui n'avaient pas réfléchi à un arrêt. Cependant, ils ont également repoussé la tentative d'abandon immédiate, ont été perdus de vue dans une plus grande mesure et présentent des taux de sevrage inférieurs [52]. Cette intervention fait relativement écho à la pratique du SEPT, constituant une équipe mobile : aller à la rencontre des gens là où ils sont, là où ils en sont ! [53].

2.2.2. Interventions « individuelles »

2.2.2.1. Thérapies comportementales

L'efficacité des thérapies comportementales a été étudiée (par le biais d'une méta-analyse) en 2011 [54] dans les groupes défavorisés tels que « les sans-abris, les prisonniers, les populations autochtones, les jeunes à risques, les individus ayant un faible SSE et ceux présentant des troubles mentaux ». Ces interventions font majoritairement écho à un « soutien comportemental » qui peut autant contenir de « l'information, du conseil, de l'encouragement allant jusqu'à la thérapie cognitivo-comportementale » et s'appuient notamment sur les bases de l'entretien motivationnel. Six études ont été retenues à l'égard de notre public cible sans rapporter d'impact significatif à long terme (abstinence à 3 et 6 mois). Deux autres études (non combinées à la méta-analyse) ont quant à elles été plus prometteuses. Ainsi, selon Sykes et al, la thérapie cognitivo-comportementale, réalisée sur une période de 3 mois (en comparaison avec un programme de promotion de la santé pratiqué dans les consultations médicales) semble avoir été efficace chez les Londoniens issus de secteurs défavorisés (17,2 % avaient arrêté de fumer contre 5,6% après 6 mois).

Les séances de groupe peuvent constituer une forme de thérapie comportementale. La revue Cochrane établie à cet effet a relevé des taux de sevrage supérieurs (minimum 6 mois d'arrêt tabagique) lorsque cette thérapie de groupe était comparée à l'auto-prise en charge et à l'absence d'intervention. Ainsi, l'accompagnement individuel et les séances de groupe présentent les mêmes chances de réussite (56% de chances en plus de réussir un sevrage en remplissant les mêmes modalités d'intensité) comparés à l'auto-prise en charge [55,56]. Hiscock et al (2013) [57] se sont également intéressés aux séances de groupe, un type de soutien (parmi d'autres) proposé par les SSS (Stop Smoking Services – National Health Service) aux fumeurs défavorisés. Ils y relèvent les atouts potentiels suivants : le partage d'expériences, la prise en considération des avis des pairs, un soutien social, la prise de conscience des pistes d'adaptation et de changements, et le coût peut être moindre par rapport à la prise en charge individuelle [57,58]. Concernant les inconvénients, la revue Cochrane relève quant à elle un accès restreint et l'importance d'un haut degré de motivation pour participer à l'ensemble des séances de groupe [56]. Hiscock et al ont également distingué 2 types de groupe : les groupes ouverts et les groupes fermés même si rappelons-le, la revue Cochrane ne permet pas de désigner de composantes spécifiques des groupes plus efficaces [56]. On entend par *groupes fermés* qu'ils sont agencés préalablement et organisés en différentes séances dont les dates exactes sont déjà fixées et dont la composition reste constante et qui reposent sur le *modèle de Maudsley* [57]. Cette dernière référence a fait ses preuves dans la thérapie des fumeurs dépendants et suppose un rythme régulier des sessions, un professionnel de la santé formé et expert dans cette thématique et une thérapie comportementale combinée à un traitement pharmacologique

[59]. Les groupes ouverts, sont quant à eux, plus souples puisque les adhérents ont la liberté d'y participer ou non. Ils permettent plus facilement une individualisation du programme (en réponse aux besoins) et la progression vers le changement. Dans cette étude, les groupes ouverts semblaient tout de même plus efficaces (à 4 semaines) que les entrevues individuelles sauf chez les chômeurs de longue durée et les prisonniers [57].

Se préoccuper de ce type d'intervention a davantage d'intérêt dans notre étude puisque le SEPT (objet du travail) met particulièrement en place un soutien comportemental sous forme de séances de groupe (groupes fermés).

2.2.2.2. Traitements médicamenteux : focus sur les substituts nicotiniques

L'efficacité des substituts nicotiniques (quelle que soit leur forme) a été prouvée puisque les usagers ont 50 à 70 % de chances en plus de réussir leur sevrage [60]. Les SSS au Royaume Uni ont constaté (2011) que les NRT étaient employés avant tout par les fumeurs souhaitant un arrêt, suivis par la varénicline. Associer les différentes formes de substitution est tout à fait envisageable et augmente les chances de réussite [55,57]. Selon Amanda Amos (2011), l'utilité des NRT auprès des fumeurs précarisés n'a pas été étudiée suffisamment pour conclure qu'ils sont plus efficaces chez ce public spécifique. Cependant, recourir à des interventions de sevrage tabagique ciblées (comprenant un soutien comportemental et le traitement pharmacologique) engendre des effets positifs et contribue à réduire les inégalités [57]. Le prix des NRT pourrait limiter les populations plus vulnérables à les utiliser lors d'un projet d'arrêt et constituer ainsi un frein dans le succès de sevrage. L'étude qualitative réalisée par Bonevski et al (2010) a rapporté la parole de fumeurs défavorisés en stipulant que l'aspect coûteux des traitements de substitution pouvait constituer une entrave au sevrage. En effet, certains affirment que si le substitut était gratuit ou moins cher, ils l'adopteraient. Ils perçoivent aussi ces NRT comme étant aussi onéreux que la cigarette. Quant au recours à des incitations financières pour favoriser l'arrêt tabagique, il était perçu assez positivement par ces derniers alors que le personnel soignant était assez mitigé voir non favorable sur la question (intervention irréaliste/non faisable, réduction de la motivation intrinsèque) [61]. Chez nous, Tabac-Stop propose, dans le cadre de la prise en charge des individus bénéficiant du statut BIM (bénéficiaire d'intervention majorée) un remboursement de 6 semaines de NRT. Selon leur rapport d'activité (statistiques relevées entre 2010 et 2017), à la fin du coaching (après 6-8 entretiens par téléphone), 47% de leurs patients ayant bénéficié de l'intervention financière ont cessé de fumer (quelle que soit la durée de l'arrêt). A 6 mois, 23% de ces individus ont maintenu leur arrêt tandis qu'après 1 an, ils sont 19%. A 6 mois, ces différents taux de succès sont assez proches des taux de succès totaux après le coaching (25%) alors qu'à 1 an, une légère différence est marquée (23%). Nous pouvons également observer que le nombre de demandes de remboursement

des NRT est en augmentation (320 personnes ont profité de ce service en 2016-2017 alors qu'en 2010-2011, ils n'étaient que 102) [62,63]. Cette intervention fait également écho à la pratique du SEPT puisque, comme nous le verrons dans le chapitre 3, les tabacologues proposent quelques substituts nicotiniques gratuits.

2.2.3. Interventions « communautaires »

Il a été soulevé précédemment que les fumeurs défavorisés présentaient un faible support social et un faible réseau social. De ce fait, les interventions communautaires permettraient notamment de jouer favorablement sur cet aspect.

2.2.3.1. Intervention par les pairs

Le soutien par les pairs est également abordé de manière ciblée (groupes sociaux défavorisés) dans la littérature notamment par Clifford et al en 2013. Les avantages repris dans cette revue systématique sont nombreux (socialisation, perspective d'avenir positive, amélioration des compétences, crédibilité...) et cette pratique semble avoir fait ses preuves dans les troubles chroniques (diabète, toxicomanie, santé mentale...). Cependant, l'efficacité à long terme n'est pas encore aussi tranchée pour ce qui est du sevrage tabagique (sevrage >6mois) mais reste toutefois très prometteuse (effet significatif à court et moyen terme) et doit être considérée, surtout chez ce public ayant un faible soutien social [64]. Boscoe et al se sont intéressés plus spécifiquement au partenariat entre les professionnels de santé et les pairs (« savoir expérientiel ») mis en place dans des interventions de soutien individuel et de groupe auprès de femmes canadiennes à faibles revenus. Un soutien individuel plus poussé en compagnie d'un pair formé initialement (femmes à faible revenu ayant été confrontées à une expérience positive à l'égard de sa consommation) était également prévu. La crédibilisation des informations transmises (de par leur légitimité), le partage d'expériences, le renforcement de la motivation à arrêter de fumer et la prise de conscience ont été soulevés comme avantages. A 3 mois, cette intervention semble avoir eu un impact positif sur le comportement tabagique (diminution de la consommation, dépendance physique amoindrie, diminution du nombre de cigarettes, initiatives favorables telles que la formation d'espaces sans tabac et quelques cas d'abstinence). A propos de l'auto-efficacité, aucune différence significative n'a été observée. Quant à la recherche de soutien émotionnel, elle ne s'est pas prolongée après le programme mais certaines femmes ont mis en avant un encouragement mutuel. Enfin, cette intervention semble avoir fourni des bénéfices en termes de relations (transfert des informations/connaissances à l'entourage, discussions et attitudes plus ouvertes avec l'autre, ...) [65].

2.2.3.2. Démarche participative communautaire

« La recherche participative à base communautaire (CBPR) » a été mise en place aux USA auprès des populations à faibles revenus. Dans cette initiative, la communauté promeut un environnement sans tabac. Pour ce faire, des services d'aides à l'arrêt ont été mis à la disposition de la population concernée dans un milieu clinique (médecins et infirmières étant référents) et dans leurs environnements communautaires (via les pairs formés). Les taux de sevrage après 12 semaines se sont montrés très différents selon le milieu d'intervention: 9,4% en milieu clinique versus 21,1% en milieu communautaire. Ce taux augmente (30,1%), tout comme la rétention, lorsque la communauté détient plus de pouvoir dans la prise de décision (via une boîte à idées, la co-construction et l'adaptation du projet selon leurs besoins et leurs dires). D'où un intérêt d'inclure, tout au long du processus, l'ensemble des parties prenantes (Andrews & al). Diverses études qualitatives soulèvent le caractère familier et accessible du lieu d'intervention, le sentiment de liberté d'expression et de pouvoir et l'établissement de la confiance comme étant des leviers dans cette approche participative communautaire. Il est donc nécessaire, pour garantir l'efficacité d'un tel programme, d'être appuyé par des partenaires, de bénéficier de temps suffisant et de bien définir la communauté [66].

Notons que le SEPT ne fait a priori pas appel à l'approche communautaire.

2.2.4. Interventions locales : et chez nous ?

En intervenant en région wallonne, le SEPT constitue donc une des interventions locales mises en place. Leur pratique fait notamment partie du *Plan Wallon sans Tabac* (PWST) [67] dont un de ses volets contribue à « l'égalisation des chances en matière de gestion du tabagisme ». Ce dernier est composé, depuis 2004, de toute une série d'acteurs de terrain (dans le domaine de la santé et du social) qui collaborent notamment pour offrir une approche pluridisciplinaire, pour rendre les services et les ressources visibles et concrets et proposer à tous les professionnels de santé une formation continue et ciblée. Ainsi, des structures telles que la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), la fédération des maisons médicales, l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH), Tabac-Stop ..., en plus d'être des partenaires du PWST, mettent aussi en place des pratiques ciblées aux fumeurs défavorisés.

Premièrement, en 2011, la SSMG s'est penchée sur l'usage du tabac des groupes précarisés et a établi des recommandations spécifiques en adaptant leur stratégie (5A), déjà proposée pour une prise en charge générale [68]. En effet, le médecin généraliste occupe une place primordiale dans le processus de soins et est tout à fait légitime d'évoquer la question tabagique avec tous ses patients. Cependant, il ne semble pas approcher d'emblée la consommation tabagique avec ses patients en

situation de précarité et ce pour diverses raisons. Selon l'étude qualitative de Laperche et al (2006), la priorisation des problèmes, l'absence de motivation du patient supposée par le professionnel, la nature de la relation établie entre le patient et le médecin, les aprioris négatifs et les normes de vie différentes ont été évoqués [69]. Ainsi, la SSMG incite dorénavant les professionnels à co-construire le projet de sevrage avec leurs patients défavorisés en développant une relation de confiance, en respectant leurs choix et valeurs, en gardant à l'esprit le non-jugement, l'écoute active, l'empathie, en adaptant les outils dès que possible. [68]

Certaines maisons médicales sont également très actives et sensibilisées à cette problématique, en accordant une attention particulière à leur public fragilisé. Par exemple, « la maison médicale le Noyer » (Schaerbeek) offre des séances de groupe ainsi qu'un suivi individuel aux habitants fumeurs du quartier dont le statut socio-économique est très variable tout en favorisant l'approche communautaire. Leur évaluation souligne des difficultés lorsqu'il s'agit de favoriser leur participation et le manque de compétences des professionnels lors de l'animation. Quant au taux de participation, il a été jugé « bon » (6 à 10 personnes par module) avec un taux de rétention très correct [70].

Tabac-stop, qui a été désigné plus haut, a aussi introduit une prise en charge spécifique en proposant aux personnes présentant un statut BIM un coaching téléphonique tout en remboursant 6 semaines de substituts nicotiniques. [63]

Dans un autre registre, le rôle des communes a également été suggéré par l'OSH lors de sa sortie du « Livre blanc : *« La promotion d'environnements sans tabac pour les populations vulnérables en Hainaut »* En effet, l'Observatoire de la Santé du Hainaut a présenté très récemment (2017) un ensemble de recommandations en termes d'actions préventives et favorisant un arrêt tabagique. Ces dernières ont été établies à partir de plusieurs rencontres avec les différentes parties prenantes concernées par le tabagisme (experts, professionnels et citoyens) et sont destinées aux professionnels de la santé ainsi qu'aux autorités locales. Les communes (= décideur local) pouvant jouer un rôle clé dans la promotion d'un environnement favorable à la santé, une série de recommandations ont été retenues à leur égard par les parties prenantes afin d'agir potentiellement sur les 5 axes de la Charte d'Ottawa (ex : l'emménagement de l'environnement (poubelles, cendriers), un « contrôle » lors d'une incivilité, la promotion de groupes de parole et/ou d'entretiens individuels ...) Afin de rendre autonomes les différentes communes (262), une auto-évaluation sera rendue possible via l'utilisation d'une grille et permettra ainsi de travailler sur les différents aspects encore non abordés par les décideurs. [71].

III. Le Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme (SEPT)

En Wallonie, le SEPT, situé à Mons et représenté par François Dekeyser, aborde la consommation tabagique auprès de différents types de structures (institutions pénitentiaires, écoles, hôpitaux psychiatriques, entreprises...) et porte également un intérêt particulier aux publics précarisés rencontrés dans des structures psychosociales (CPAS, EFT...) via la mise en œuvre de modules qualifiés de « mise en projet ». Ce service wallon fera l'objet d'une attention spécifique puisqu'il constitue l'objet de notre étude. Ainsi, nous nous attarderons, dans cette section, sur la théorie de programme de ces modules, destinés aux fumeurs défavorisés, afin d'étudier pertinemment leur pratique.

3.1. Théorie de programme : généralités

Selon Plante (1994), « un programme est un ensemble cohérent, organisé et structuré d'objectifs, de moyens et de personnes qui l'animent. Il se justifie sur la base de besoins définis comme une carence ou un manque qui affecte des individus, une collectivité ou une société. Il est sous le contrôle d'une ou de plusieurs personnes responsables de la qualité de sa formulation et de son fonctionnement. Il est mis en place pour transformer des choses ou l'état d'une chose », mettant ainsi l'accent sur la notion de changement [72]. Porteous (2012) le définit également comme étant « une série d'activités appuyées par un ensemble de ressources et visant à atteindre des résultats spécifiques au sein de groupes cibles définis » [72]. Afin d'exposer la logique ou la théorie d'un programme, il est notamment recommandé d'utiliser le « modèle logique ». Son utilisation permet, à toutes les étapes d'un programme (de la planification à l'évaluation) d'apporter un éclairage quant aux lacunes potentielles, aux priorités, à la distribution des rôles des différents acteurs, à la communication, aux indicateurs ... afin d'en garantir son succès. Cette dernière modélisation consiste à représenter les composantes d'un programme et leurs relations. Ordinairement, cet outil permet toujours de se questionner quant au contenu (quoi ?), aux bénéficiaires (qui ?) et aux aboutissements (pourquoi ?) du programme ; Un modèle logique reprend donc les éléments suivants : « les objectifs, les *intrants* (ressources), les activités, les groupes visés, les *extrants* (produits) et les résultats ». A ces différents constituants, d'autres composantes telles que « le contexte, les hypothèses, les facteurs externes et les stratégies » peuvent également faire partie intégrante du modèle si nécessaire [72,73]. En recourant à ce canevas, nous restons cohérents avec Contandriopoulos & al (1993) qui qualifient un programme à l'aide des 5 composantes suivantes : « objectifs, ressources, activités, effets et contexte, tout en accordant une importance aux différents acteurs sociaux impliqués » [74]. Il est également appréciable de noter que cette démarche n'est pas universelle, ni figée, laissant ainsi place à

l'adaptation (« ce qui fonctionne pour un programme, peut ne pas fonctionner pour un autre ») [72,73].

3.2. Théorie de programme des modules « mise en projet » du sept

Au cours de ce travail, nous situons notre description, non pas au niveau de l'organisation (SEPT) mais bien au niveau des modules « mise en projet » mis en place spécifiquement pour les fumeurs précarisés. Aucune illustration de ce type n'a été pensée par le SEPT pour représenter leur programme. Dans cette section, seuls les différents éléments repris dans la littérature grise (site internet du SEPT, conventions, fiches projets, plan d'actions, rapports d'activités...) [53, 75, 76, 77, 78, 79, 80,81] seront considérés. Quant à la structure, les éléments seront énoncés selon les composantes du modèle logique.

3.2.1. Sur base de quel(s) besoin(s) le SEPT justifie-t-il son programme ?

Les tabacologues se basent sur la littérature : diminution de la consommation tabagique dans la population générale et non dans les groupes sociaux précarisés. De plus, ces fumeurs défavorisés présentent des taux d'arrêt plus faibles alors que le nombre de tentatives et la motivation à long terme ne dépendent pas du statut socio-économique. Intervenir auprès de cette population spécifique leur semble donc pertinent. [53, 75, 76, 77, 78, 79, 80,81]

3.2.2. Quels sont leurs objectifs ?

Objectifs généraux

Cette ASBL, faisant partie intégrante du plan wallon sans tabac [67], a pour objectif principal de contribuer à la diminution de 2% du nombre de fumeurs adultes et jeunes en Belgique et ce, d'ici 2030. Il est donc question, avant tout, de se situer dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé, c'est-à-dire de favoriser l'accès à l'aide aux fumeurs pour les personnes précarisées. Améliorer le travail des acteurs sociaux au cours de leurs accompagnements tabagiques auprès de leurs bénéficiaires fumeurs est également recherché. [53, 75, 76, 77, 78, 79, 80,81]

Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, renforcer les motivations à l'arrêt et le sentiment d'efficacité personnelle est aussi poursuivi par ce service. Les deux animateurs souhaitent de plus faire évoluer favorablement les représentations, la conduite adoptée vis-à-vis de la cigarette et déployer le panel d'aides possibles. Il va de soi que l'élargissement des connaissances et la prise de conscience sont pareillement recherchées. Enfin, ils espèrent amener le fumeur vers un stade de changement

supérieur à celui identifié initialement (cf. modèle transthéorique du changement de comportement de Prochaska et Diclemente repris dans le point 4.2.6 *Stratégies*). [53, 75, 76, 77, 78, 79, 80,81]

Objectifs transversaux

D'autres objectifs transversaux sont par ailleurs soutenus par l'équipe puisqu'elle vise l'écoute, le respect, l'estime de soi et la réflexion (personnelle ou collective). De plus, dans une perspective de préparation ou de consolidation, le projet de vie, dans sa globalité, peut également être abordé lors de ces échanges en amenant des notions de bien-être, de santé globale, d'empowerment. [53, 75, 76, 77, 78, 79, 80,81]

3.2.3. Intrants

Quelles sont les ressources mises à leur disposition ? [72,73]

Cette ASBL est essentiellement composée d'une petite équipe de psychologues et tabacologues, 2 d'entre eux étant affectés plus particulièrement à ces modules. Ce duo a pour ressources matérielles un pc et vidéoprojecteur, des brochures d'information, des substituts nicotiniques, un testeur de CO. D'ordre financier, elle est agréée et subventionnée par la Région Wallonne en tant que *service d'aide et de soins spécialisés en assuétudes*. [53, 75, 76, 77, 78, 79, 80,81]

3.2.4. Groupes ciblés

Qui sont les bénéficiaires du programme « mise en projet » ? [72,73]

Pour bien comprendre leur démarche, il est important de distinguer leurs bénéficiaires directs et indirects ; En effet, ce programme s'adresse particulièrement aux usagers de structures psychosociales c'est-à-dire à des adultes en situation de précarité, majoritairement fumeurs. Indirectement, les responsables internes du projet (acteurs psychosociaux de la structure) sont également impliqués lors de l'intervention.

3.2.5. Les activités

Quelles sont les activités mises en place dans ce programme pour accéder aux effets souhaités ? [72,73]

Porteous définit les activités comme « les différentes tâches accomplies par les animateurs qualifiés leur permettant ainsi de rencontrer les résultats espérés ».[72]

Pour tenter d'atteindre ses objectifs, le service met donc en place un module « type » organisé en 5 séances. Chacune d'entre elles a lieu généralement de façon hebdomadaire et dure 1h30 à 2H. Ces sessions font écho au modèle de Prochaska & DiClemente (cf. stratégies) puisque les thématiques abordées à chaque séance reprennent les différents stades de changement (idée de progression). Ces

séances présentent donc des spécificités et sont logiquement organisées. Nous pouvons, en revanche, retrouver quelques exercices communs à l'ensemble du module. [53, 75, 76, 77, 78, 79, 80,81]

3.2.5.1. Les interventions « transversales » déployées par le SEPT tout au long du module

Avant tout, le binôme du SEPT anime ces 5 temps sous forme de séances de groupe puisqu'ils souhaitent notamment privilégier le partage d'expériences, la solidarité et la mutualisation des ressources. Théoriquement, le SEPT privilégie des groupes fermés, qui rappelons-le, sont organisés et planifiés (dates exactes, rythme régulier des sessions et nombre constant de participants) [53,57]. De plus, Les tabacologues interviennent sur les « lieux de vie » des participants. En effet, une des particularités du SEPT est de se rendre dans la structure psychosociale (le tabacologue va à la rencontre du fumeur et non inversement). Ce moyen leur permet notamment de parvenir à un des objectifs généraux visés : réduire les inégalités sociales de santé. [53, 77, 78, 79, 80,81]

3.2.5.2. Quelles sont les activités spécifiques à chacune des séances ?

Activités spécifiques du SEPT [53,76, 77, 78, 79, 80,81]

N° séance	Stade de changement correspondant *	Contenu des activités
1	« « Pourquoi j'arrêteraï ? » »	Animer une conférence sur l'imagerie publicitaire relative au tabac Distribuer un questionnaire (pré) : « bilan initial »
2	« Exploration de l'ambivalence »	Etablir la balance décisionnelle tout en recourant à certains éléments de l'entretien motivationnel**
3	« Scénariser un arrêt - Préparer la personne au sevrage »	Fournir un soutien comportemental (ressources et alternatives) Réaliser un test respiratoire (testing CO) Distribuer gratuitement des substituts nicotiques (adaptation des doses – formes orales et transdermiques) Préparer le mini-défi : privation volontaire
4	« Action - un moment sans tabac »	Réaliser, à tour de rôle, un débriefing des mini-défis (relevés ou non)
5	« Consolidation ou rechute ? - débriefing du module »	Réaliser un bilan de l'ensemble des séances Distribuer un questionnaire (post) : bilan final

* : Stades de changements (Prochaska et al) interprétés par les tabacologues du SEPT

** : défini par Miller et Rollnick comme étant « une méthode de communication collaborative, centrée sur le patient et qui vise à faire émerger et renforcer la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » [82]. Il constitue selon Cochrane (2015) une humble plus-value mais significative (min 6 mois d'abstinence) dans l'aide à l'arrêt par rapport aux conseils et prise en charge basique surtout lorsque les séances sont courtes (<20 min) [83].

3.2.6. Extrants

Ils représentent les « produits » formés par les activités et sont quantifiables [72,73]. A ce stade-ci, aucune information écrite ne nous a permis de compléter cette rubrique.

3.2.7. Stratégies

Abdi et Mensah les définissent comme étant « une approche générale ou un plan global visant à favoriser le changement ». [73]

Les intervenants du SEPT prennent, globalement, en considération la Charte d'Ottawa et la Convention Cadre pour la lutte anti-tabac (OMS). Plus spécifiquement, ils se sont essentiellement basés sur le modèle Transthéorique du Changement de Comportement (MTC) de Prochaska et Diclemente pour développer leurs stratégies d'action (cf. Annexe 1)

Selon le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente, pour être efficaces, les interventions devraient être adaptées selon l'étape dans laquelle se trouve le fumeur. En effet, selon cette théorie, le fumeur franchit différentes étapes de changement telles que :

- La pré-contemplation : ne pas avoir l'intention d'arrêter de fumer dans les 6 prochains mois (non ou partiellement conscients du comportement). Le comportement n'est donc pas perçu comme problématique (banalisation du fait de fumer, « il faut bien mourir de quelque chose... »)
- La contemplation : penser à arrêter de fumer dans les 6 prochains mois => ambivalence (avantages et inconvénients du comportement tabagique à nombre égal)
- La préparation : étape de prise de décision => avoir l'intention d'arrêter dans le mois et avoir au moins arrêté pendant minimum 24h durant l'année
- L'action : arrêt tabagique depuis moins de 6 mois (étape active de changement)
- Le maintien : arrêt tabagique depuis plus de 6 mois ; 2 options possibles : liberté (= arrêt définitif) ou rechute

Le changement fait donc, ici, référence à la notion de temporalité et de motivation. Il est cyclique puisque les rechutes restent courantes et ne sont pas toutes vécues au même stade. Elles doivent, cependant, ne pas être perçues comme un échec. Le MTC fait également appel au concept de la balance décisionnelle (aspects positifs et négatifs de la consommation tabagique), à l'auto efficacité et au processus et niveaux de changement [84,85,86,87].

Selon une étude randomisée réalisée en Suède et en Islande, « le passage à l'étape de « préparation » semble associé à un âge plus jeune, à un BMI supérieur et à un niveau d'éducation supérieur ». Concernant la balance décisionnelle, plus le stade est avancé, plus l'écart entre les

aspects négatifs et positifs est important (avec une prédominance pour les conséquences négatives du comportement tabagique) [85].

L'utilisation de ce modèle a, cependant, été débattue par certains auteurs (notamment par R. West) et comprendrait quelques limites telles que « l'évaluation et l'opérationnalisation des stades de changement » mais reste maintenu puisqu'il présente un certain intérêt, notamment clinique [87]. Selon Robert West, 48,6% des fumeurs et ex-fumeurs inclus dans son étude transversale ont tenté d'arrêter leur consommation tabagique directement après avoir pris leur décision. L'absence de planification serait donc plus encline à favoriser la réussite du sevrage à court ou long terme. En effet, les fumeurs qui ont improvisé leurs tentatives d'arrêt, avaient 2,6x plus de chances d'y parvenir à long terme (min 6 mois d'abstinence) que s'ils les avaient programmées. Les groupes défavorisés sont également concernés par cette constatation puisque ces différences restent maintenues après avoir tenu compte de l'âge, du sexe et du statut socio-économique [88].

Enfin, tous s'accordent tout de même à dire que tous les fumeurs devraient bénéficier d'une intervention personnalisée [85].

3.2.8. Facteurs contributifs

Ils désignent les éléments favorables observés lors des activités permettant de contribuer à la formation de résultats à court terme. [72]

Par exemple, la participation des groupes du SEPT peut être étudiée. En effet, selon la structure psychosociale, la présence peut être obligatoire à l'ensemble du module, soit exclusivement à la première séance ou sur base volontaire. Ces différentes conditions déteindront plus ou moins favorablement sur le programme. L'étude qualitative de Benson et al (2014) [89] a mis en lumière les raisons pour lesquelles les fumeurs défavorisés hollandais interrogés participaient ou non à des programmes de soutien (séances de groupe ou téléphoniques). En effet, il semble pertinent de s'intéresser à leurs motivations en sachant que le taux de participation à une « thérapie » comportementale diffère selon le statut socio-économique (un SSE faible suggérant une participation moindre). Le plaisir de participer, le désir de stopper sa consommation tabagique, l'engagement envers les séances qu'ils ont entreprises et la relation de confiance avec le professionnel de santé ont été soulevés comme motivation à participer et ce, davantage voire exclusivement par les participants fréquents (n'ayant pas raté plus de deux sessions). Quant aux barrières à la participation soulignée par les participants fréquents, on y retrouve majoritairement des motifs externes (la maladie, le travail, les congés...). Les obstacles internes (manque d'intérêt et de plaisir) et organisationnels sont quant à eux plus spécifiques voire exclusifs aux fumeurs « peu fréquents »

Un second élément pouvant également constituer un facteur contributif est la présence d'un responsable interne (acteurs psychosociaux), demandé par le SEPT via une convention. [53, 75, 76, 77, 78, 79, 80,81]

3.2.9. Contexte et facteurs externes

Les responsables du projet n'ayant que très peu d'emprise sur ces facteurs, il est impératif d'en tenir compte puisqu'ils impacteront l'implémentation et les effets du programme. [72,73]. A ce stade, nous pouvons notamment relever que les fumeurs concernés par leur programme ne sont a priori pas demandeurs d'une perspective de sevrage, le SEPT allant à leur rencontre à la demande des acteurs psychosociaux. De plus, les contraintes organisationnelles, temporelles, politiques ... imposées par l'institution psychosociale devront être considérées. [53]

3.2.10. Résultats

Les résultats se concentrent essentiellement sur les changements engendrés par l'intervention et reflètent les objectifs. Il est important de les hiérarchiser, structurer (effets à court, moyen et long terme) [72,73]. Au sein du SEPT, cette dénomination n'est actuellement pas employée et a nécessité une réflexion supplémentaire. Ainsi, à court terme le SEPT souhaite principalement une évolution positive dans les stades de changement du MTC. Ils attendent également une implication accrue des participants lors des différentes séances, une augmentation des connaissances (risques, aides, médication...) et des motivations à arrêter de fumer et de l'auto efficacité ainsi que l'évolution des représentations (à l'égard des professionnels de santé et NRT). Selon les différents rapports d'activité du SEPT, au terme du module, 66,7% des participants penseraient à arrêter de fumer au moins une fois par semaine et 37% souhaiteraient arrêter dans les 6 mois (au maximum). Le stade de contemplation (caractérisé par l'ambivalence) étant donc majoritairement atteint ou même dépassé. A moyen terme, la modification des comportements tabagiques et/ou favorables à la santé seraient espérés. A plus long terme, l'augmentation du taux de sevrage et l'amélioration des compétences psycho-sociales seraient désirées. Selon les chiffres du SEPT, 10% de leurs participants arrêtent de fumer en fin de module. Seules 5 séances sont proposées aux fumeurs, aucun suivi n'étant mis en place par le SEPT. [53, 75, 76, 77, 78, 79, 80,81]

PARTIE EMPIRIQUE

I. Méthode

1.1. Question de recherche

Réalisant la formation en tabacologie (Fond des Affections Respiratoires - FARES) en parallèle à ce master, la thématique du tabagisme s'est manifestée spontanément. En effet, la complémentarité de ces deux enseignements et la recherche de littérature réalisée précédemment ont permis de confirmer cette addiction comme étant un problème de santé publique dans lequel des inégalités sociales de santé restent incontestablement bien réelles malgré les différentes directives et interventions mises en place. Notre cadre théorique a donc permis de mettre en lumière les caractéristiques du public fumeur précarisé, les différenciations sociales présentes dans le processus de sevrage et l'impact des interventions générales et spécifiques à son égard. Le SEPT aborde en Wallonie cette problématique auprès de structures psycho-sociales. Il nous a donc semblé pertinent de s'attarder sur l'expérience des bénéficiaires vis-à-vis de leur participation à ce module afin d'y apporter des pistes d'amélioration. La question de recherche suivante a donc émergé : comment la pratique du SEPT rencontre-t-elle les besoins et les attentes des fumeurs précarisés confrontés au module « mise en projet » ?

1.2. Objectifs de l'étude

Pour tenter de répondre au mieux à cette question de recherche, cette étude a été abordée sous trois angles différents. En effet, les différents stakeholders impliqués (« parties prenantes ») dans la pratique du SEPT seront sollicités à leur niveau afin d'obtenir une réflexion globale et proposer des pistes d'amélioration potentielles. En effet, Varvasovszky et Brugha définissent les stakeholders comme « tous les acteurs qui présentent un intérêt dans la question de l'étude, qui sont touchés par celle-ci, ou qui, en raison de leur fonction, influencent ou pourraient influencer le processus de prise de décision. Il peut s'agir de patients, d'associations, de gestionnaires, de professionnels de la santé, d'experts, de décideurs, d'organisations, de groupes de personnes au sein d'organisations, etc ». EUnetHTA (European Network for Health Technology Assessment) tout comme le NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ajoutent que ces parties prenantes, en fournissant leurs expériences personnelles et leurs avis, sont considérées comme indispensables [90]. Dans notre cas, il s'agit donc des chargés de projet du SEPT, des acteurs psychosociaux et des participants au module « mise en projet ».

Les objectifs suivants sont donc annoncés :

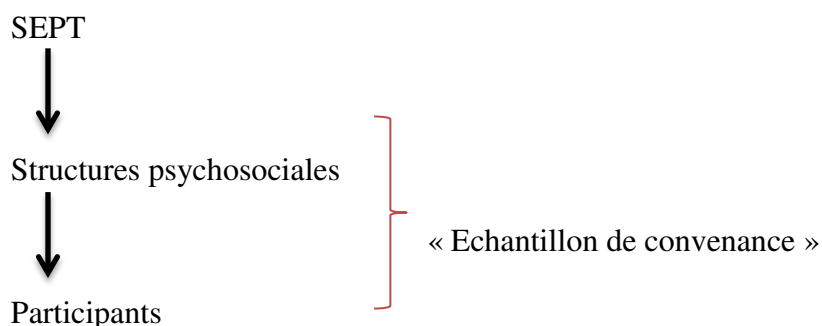
- 1) Décrire et comprendre la théorie de programme du SEPT
- 2) Comprendre la demande des structures psychosociales faisant appel à un service d'aide à l'arrêt tabagique
- 3) Comprendre l'expérience des individus confrontés au module « mise en projet » : mettre en avant leurs perceptions, ressentis à l'égard de leur participation

1.3. Approche qualitative : justification

Au cours de ce travail, recourir à une démarche qualitative [91] semble la plus appropriée pour comprendre au mieux l'expérience des acteurs (« vision de l'intérieur »). De plus, le contexte présente une place primordiale dans cette étude, surtout lorsque nous nous intéressons aux bénéficiaires des structures psychosociales. Il ne s'agit ici, en aucun cas, de penser à une généralisation des résultats, ni à une représentativité de notre échantillon, ni d'émettre une relation entre 2 variables. Afin de compléter ce matériau qualitatif, l'utilisation des données prospectives récoltées par le SEPT (questionnaire construit par ce service et distribué aux participants lors de la 1^{ère} et 5^{ème} séance) pourrait apporter une plus-value dans notre démarche.

1.4. Echantillon

Comme relaté précédemment, trois catégories d'acteurs sont représentées et ont été étudiées : 2 professionnels de santé (tabacologues du SEPT), 3 acteurs psychosociaux (référénts intermédiaires) et 31 participants (bénéficiaires directs).



Le SEPT a été contacté par téléphone et par email tout au long de l'étude et constitue ainsi la ressource principale dans ce travail (révision de la revue de littérature, aspects organisationnels ...). Le service wallon a également été indispensable dans la prise de contact avec les autres acteurs. En effet, les tabacologues entrent en relation avec les différentes institutions psycho-sociales intéressées par leur programme (mise en place d'une convention) et ont pu, dès le départ, les avertir

de ma présence à l'ensemble du module; De ce fait, trois structures, représentées par des acteurs psychosociaux, ont donc pu être approchées afin de comprendre leur demande :

- *Infersambre ASBL (accompagnement d'insertion professionnelle– développement de la dynamique de quartier) dans la région de Charleroi*
- *I.F.I ASBL (Initiative Formation Insertion – Centre d'insertion socio professionnelle) dans la région de Tournai*
- *CPAS de Châtelet*

Dans chacune des **3** institutions citées ci-dessus, les référentes du projet « tabac » (= acteurs psychosociaux) ont donc été recontactées par email ou téléphone par nos soins en vue d'être interrogées sur leur lieu de travail afin d'en apprendre davantage sur leur démarche quant à leur choix de recourir à ce service d'étude et prévention tabagique. Médiatrice sociale, formatrice en bureautique et psychologue, elles ont pour fonction principale d'être formatrices. Elles nous ont également été d'une aide précieuse lorsqu'il s'agissait d'atteindre les participants. Ainsi en observant les séances, en réalisant un focus group à la dernière séance et en complétant par quelques entretiens, nous avons pu aborder leur expérience. A noter ici que la référente de la structure a été l'intermédiaire privilégiée lorsqu'il s'agissait de recontacter les bénéficiaires individuellement en vue de planifier un entretien.

Au vu des différents éléments cités ci-dessus, il va s'en dire que les référentes du projet et les participants sollicités sont ici, qualifiés d'échantillon de convenance puisqu'ils sont sélectionnés selon les disponibilités de chacun.

Les participants répondent bien entendu aux différents critères d'inclusion cités ci-après et ont donné leur consentement.

Concernant les critères d'inclusion, il a été recommandé de :

- Être majeur et d'avoir moins de 65 ans
- Être bénéficiaire d'une structure psychosociale (SSE bas)
- Avoir participé aux séances proposées par le SEPT (intensité variable)
- Maîtriser la langue française

Lors des différentes séances, la présence de non-fumeurs n'est pas à exclure puisque le SEPT accepte tout bénéficiaire souhaitant participer au module (une autre « addiction » est alors suggérée par le participant lui-même). De ce fait, le focus group étant réalisé au cours de la dernière séance, la présence exclusive de fumeurs n'est pas exigée. En termes de critères d'exclusion, on y retrouve

les mineurs, les femmes enceintes, les individus présentant des troubles mentaux, les personnes âgées.

Le nombre de participants, quant à lui, étant très variable d'une institution à l'autre voire d'une séance à l'autre (modalités de participation différentes, limites organisationnelles, contexte divers...) seuls ceux ayant répondu présents au focus group et/ou entretiens individuels ont été dévoilés à ce stade du travail mais davantage de détails seront apportés dans la partie « résultats ». Majoritairement, ces derniers étaient fumeurs ;

STRUCTURE	NOMBRE DE PARTICIPANTS INTERROGÉS (Focus et entretiens)	STATUT TABAGIQUE	RENCONTRE	MODALITES DE PARTICIPATION
INSER SAMBRE	6	5 fumeurs et 1 non-fumeur	21/12/2017	Obligatoire
I.F.I	15	15 Fumeurs	19/02/2018	1 ^{ère} séance « recommandée » 4 autres séances : sur base volontaire
CPAS	10	6 fumeurs et 4 non-fumeurs	28/03/2018	Obligatoire

1.5. Récolte des données

Afin d'optimiser la collecte du matériau (décembre 2017 à avril 2018), différents outils, tous complémentaires, ont été utilisés dans ce travail.

Tout d'abord, **le recours à l'observation** (à découvert et « non participante ») des différentes séances de formation (statut d'étudiante en santé publique) (cf. Annexe 2). Cela a essentiellement permis de faire connaissance, de présenter l'étude, et de recueillir un certain nombre d'informations sur le processus de formation (taux de participation, histoires tabagiques, la présence de leaders dans le groupe, les interactions entre eux et avec le professionnel, les questions soulevées par les participants, les thématiques abordées, les mini-défis choisis ...). Ce premier choix de collecte nous semble pertinent puisqu'il permet d'approcher de plus près les pratiques effectives du SEPT sur le terrain et d'obtenir des premiers éléments relatifs à l'expérience des bénéficiaires : au-delà de la théorie de programme, qu'est-ce qui est fait effectivement avec les participants.

L'entretien semi-directif a quant à lui été privilégié auprès des 2 chargés de projet du SEPT (tabacologues/psychologues) afin d'approfondir notre compréhension vis-à-vis de la théorie de programme du module « mise en projet » qu'ils proposent. Le directeur de l'ASBL et une des tabacologues référentes ont donc été interviewés en face à face.

Les 3 acteurs psychosociaux, représentants des trois structures approchées, ont également été interrogés individuellement en face à face afin de comprendre leur démarche quant à leur choix de recourir à ce service d'étude et prévention tabagique. Ces acteurs ont donc pu s'exprimer à propos des différents thèmes prédéfinis, mis en lumière dans les guides d'entretien créés en amont. Le guide d'entretien destiné aux tabacologues du SEPT (cf. Annexe 3) et aux acteurs psychosociaux (cf. Annexe 4) a essentiellement été élaboré sur base de nos objectifs, de nos interrogations personnelles et de notre revue de littérature (plus spécifiquement sur les composantes du programme du module « mise en projet »). Ils sont bien entendu composés de questions ouvertes, de préférence courtes, et exclusivement qualitatives.

Concernant les **participants**, au-delà de l'observation, quelques outils de collecte ont été spécifiquement utilisés, tous ayant apporté une plus-value :

Dans un premier temps, recourir aux **questionnaires**, distribués par le SEPT (à la 1^{ère} et 5^{ème} séance) (cf. Annexe 5) a également été opté afin de dresser un « profil » des usagers (sexe, nombre de cigarettes, dépendance, perspective d'avenir et d'arrêt ...). Utiliser les outils déjà mis en place par les chargés de projet du SEPT nous a permis de ne pas « bombarder » les participants de questionnaires, dont le contenu aurait été redondant.

Enfin, il a été convenu de réaliser **des focus group** avec les participants lors de la dernière séance afin de rendre compte de leur expérience de participation au module « mise en projet ». Afin d'établir un certain canevas, un guide (8 questions clés) (cf. Annexe 6) a également été préalablement construit sur base de la revue de la littérature en balayant les « grandes caractéristiques » du SEPT et permettant d'approcher notre objectif spécifique, c'est-à-dire comprendre leur expérience à l'égard de leur participation au module « mise en projet ». Ces différents questionnements permettront donc aux bénéficiaires de s'exprimer sur leur participation, les séances en groupe, la démarche pro active du tabacologue, les apports potentiels, leurs besoins et l'évolution de leur expérience. Au total, **3 focus group** ont été mis en place, représentant ainsi les 3 groupes rencontrés (provenant des 3 structures psychosociales citées préalablement). Le premier focus group a fait office de pré-test impliquant quelques légères modifications (adaptation du vocabulaire, reformulations). La dernière séance du module a donc été divisée en 2 parties, la première, destinée à réaliser le bilan du module ; la deuxième a été destinée au focus group mais en l'absence du SEPT et de la référente du projet afin de favoriser la liberté d'expression (aucune

« pression »), toujours dans les locaux de la structure. La présence de Florence Poukens ou Fany Panichelli, étudiantes en santé publique a également été d'une aide précieuse en s'appropriant le rôle d'observatrice (« rapporteur »). Cette technique d'animation nous a semblé tout à fait justifiée dans notre contexte. En effet, la thématique sur laquelle nous nous sommes concentrés était commune à tous les participants présents. De plus, cet outil a permis de maintenir la dynamique de groupe et la confiance déjà installées précédemment et de dégager diverses opinions, attentes, pistes d'amélioration ..., en cohérence avec l'objectif de l'étude. Ensuite, en s'entretenant avec ce type de public, nous ne pouvions pas exclure des difficultés liées à l'écriture et/ou à la lecture, motivant à nouveau ce moyen de communication oral ; Un gain de temps a également été un bénéfice indirect [77,92].

Les FG ont été complétés par 4 **entretiens semi-directifs** (cf. Annexe 6) car tous les participants n'avaient parfois pas l'occasion d'être présents aux focus group. Les participants ont également été choisis par convenance lors de ma présence à la structure psychosociale. Quant au nombre de participants interrogés, nous avons estimé qu'il était pertinent, le principe de saturation étant rempli.

1.6. Analyse des données

Dans un premier temps, les entretiens semi-directifs et les focus group ont été retranscrits intégralement et anonymisés.

Après avoir lu à plusieurs reprises les différents contenus, nous nous sommes intéressés aux diverses techniques d'analyse qualitative en se référant à l'ouvrage de Mucchielli et Paillé, (2016) [91]. Nous avons ainsi choisi de recourir à l'analyse thématique. En effet, ce choix nous a semblé approprié puisque cette méthode permet d'avancer les propos fondamentaux issus de notre matériau en différents thèmes pertinents et est également recommandée lors d'une première expérience dans le domaine.

Nous avons donc procédé à une analyse verticale (analyse par entretiens/focus) des différentes retranscriptions afin de dégager toutes les rubriques et thèmes issus de chaque entretien/focus group, ayant bien entendu un lien avec notre question de recherche. Il s'en est suivi d'une synthèse des différents éléments par catégorie d'acteurs. Secundo, une lecture horizontale (ensemble du matériau) s'est avérée nécessaire afin de croiser les différents acteurs, mettant en avant les thèmes communs, divergents, inattendus laissant plus de place à l'interprétation. Un point important à noter ici est que nous avons recouru au support papier pour identifier les thèmes et nous nous sommes essentiellement basés sur une thématisation en continu en les relevant au fur et à mesure et

ont été réunis dans un « journal de thématisation ». Il est également important de souligner qu'aucun participant à l'étude n'a été impliqué dans cette analyse.

Les rubriques proviennent notamment de la revue de littérature, du guide d'entretien ou sont parfois même émergentes, permettant essentiellement de classer les différents thèmes. Ces derniers sont quant à eux majoritairement émergents, provenant essentiellement du contenu qualitatif.

1.7. Ethique

L'avis favorable du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire (Cliniques Universitaires Saint-Luc – UCL) nous a été attribué le 20/12/2017 (cf. Annexe 7). Tous les participants à cette étude, que ce soient les professionnels de la santé, les acteurs psychosociaux et les individus ayant participé au module du SEPT, ont signé une lettre de consentement approuvant leur accord de participation à notre étude après avoir reçu une lettre d'informations s'y rapportant.

II. Résultats

Dans cette section, nous présenterons les principaux résultats de notre recherche. Pour une question de clarté, ces derniers seront structurés selon les composantes essentielles du programme « module de mise en projet » du SEPT, mis précédemment en lumière dans le cadre théorique (contexte, besoins, objectifs, facteurs contributifs, activités réalisées et résultats du SEPT). Le point de vue des différents acteurs (tabacologues, acteurs psycho-sociaux et participants) y sera, dès que possible, confronté. Afin d'illustrer nos propos, quelques verbatim seront également apportés. Pour éclaircir le lecteur, les initiales P (= Participants), APS (= Acteurs Psychosociaux) et T (= Tabacologue) seront attribuées et visibles au côté de l'extrait choisi.

2.1. Présentation des participants interrogés : grandes tendances

Les questionnaires récoltés par le SEPT n'ont pas permis d'établir un « profil » complet des 31 interrogés. En effet, un taux de participation variable, des omissions, des incompréhensions, et des incohérences dans les questions ont rendu le travail d'analyse difficile ne nous permettant pas de nous avancer. Néanmoins, quelques grandes tendances concernant le statut et consommation tabagiques, le SSE, le sexe, l'âge et le nombre de séances suivies sont ressorties (cf. Annexe 8).

2.2. Résultats qualitatifs

2.2.1. Contexte

Dans un premier temps, nous passerons en revue les différents éléments contextuels, facteurs externes, sur lesquels le SEPT a peu ou pas d'emprise et pour lesquels une attention particulière est requise pour favoriser la réussite de leur programme. Pour rappel, nous avons approché 3 structures psychosociales, chacune ayant une politique sociale spécifique et pouvant ainsi avoir des répercussions sur leur partenariat avec le SEPT. Globalement, ces 3 structures ont pour mission principale l'insertion socio-professionnelle, offrant à leurs bénéficiaires l'opportunité de suivre une formation à durée déterminée désignée majoritairement comme étant pré-qualifiante. En d'autres termes, si l'issue est positive, le stagiaire pourrait accéder à une formation plus qualifiante et dans le meilleur des cas (plus rarement) à un emploi. Dans cette optique, les formatrices sociales jouent un rôle d'éducation et d'accompagnement en travaillant sur les freins à l'embauche (hygiène, ponctualité, écoute, empathie, respect...). Ainsi, le public que nous avons approché présente certaines caractéristiques pouvant être liées à leur position socio-économique faible.

Selon le type de structure psychosociale, les subsides, l'organisme de contrôle et la « politique interne » sont différents et peuvent influencer le niveau d'exigence des acteurs de terrain vis-à-vis des modalités du programme du SEPT (par exemple les modalités de participation).

2.2.1.1. Particularités des bénéficiaires défavorisés

Les individus interrogés bénéficient d'allocations de chômage ou du revenu d'intégration même si certains peuvent en être déchus. Quelques « particularités », étroitement liées au statut socio-économique ont été mises en lumière par les acteurs de terrain et/ou les participants et sont, dès que possible, prises en compte par les tabacologues. Ainsi, la majorité des participants interrogés se sont montrés inquiets pour leur avenir, manifestant une situation d'insécurité permanente, réalité explorée au quotidien par les acteurs psychosociaux. Certains fumeurs ont également soulevé qu'il était difficile de se projeter dans l'avenir, s'intéressant essentiellement à des événements plus immédiats. Certaines formatrices confirment amplement ces propos, en précisant que certains sont dans de telles difficultés qu'aucun projet pour l'avenir n'est fixé. L'isolement des bénéficiaires a également été soulevé par les deux catégories d'acteurs. Les formatrices relèvent aussi des difficultés à l'écrit, à la lecture, de compréhension, de communication pouvant entraver la recherche d'emploi de leurs stagiaires alors que certains ont à peine leur CEB. Quelques-uns déplorent également un manque de connaissances en termes d'informations et de ressources, confirmé par une des formatrices. Enfin, ces dernières soulignent que leurs stagiaires ont souvent une faible estime d'eux-mêmes, ayant souvent été confrontés à l'échec.

2.2.1.2. Modalités de participation

Lors de notre rencontre avec ces 3 structures (représentées chacune par une formatrice sociale), nous avons eu l'occasion de constater 2 types de modalités de participation au module « mise en projet du SEPT pour leurs stagiaires. Deux d'entre elles ont opté pour la présence obligatoire alors que l'autre a préféré « recommander fortement » la première séance et proposer une inscription volontaire par la suite.

Participation « obligatoire » au module « mise en projet »

Les formatrices sociales (référentes du projet tabac) interrogées considèrent les séances du SEPT comme faisant partie intégrante de la formation globale de leur stagiaire et y associe une liste de présence quel que soit le statut tabagique. En effet, ce module est immergé dans un contexte élargi (projet de vie, acquisition de savoir et de savoir être...). En cas d'absences injustifiées répétées, elles sont tenues d'avertir l'assistance sociale du CPAS ou le FOREM et des sanctions peuvent en découler, situations qu'elles qualifient parfois de délicates.

H : On parle justement de participation, comment sont fixées les modalités de participation pour les bénéficiaires ?

*M : C'est assez compliqué, comme ils n'aiment pas ce genre de chose, c'est assez lourd mais on a déjà essayé toutes les formules et comme ils ne sont **pas motivés**, je n'annonce pas à l'avance l'animation qui va avoir lieu même parfois je leur dis le **jour même** parce que je suis sûre qu'ils vont déserter, (...) donc souvent je leur annonce le jour même et ils viennent un peu plus tôt et je rappelle les consignes (se tenir un minimum, respecter la personne qui vient ...) mais avant ça, ils savent très bien quand ils **signent***

leur contrat, comme je disais tout à l'heure, qu'il y aura des animations de ce type et quand je les vois en entretien, je leur cite déjà des exemples d'animation qui sont proposées donc ils ont déjà une vague idée.

H : donc la présence est obligatoire ?

M : Oui, elle est obligatoire (E1- APS, L127-140)

M : (...) c'est encore une forme de chantage, entre guillemets, et c'est triste, mais on doit jouer au chantage..., je dois leur rappeler que leur AS du CPAS est souvent en contact avec nous, et que je pourrais le signaler et qu'il y a déjà eu des stagiaires qui ont eu des suspension du revenu d'intégration, fin voilà c'est vraiment délicat et il faut aussi savoir que certains stagiaires ne viennent pas spontanément, ils viennent parce qu'on leur a dit de venir (par exemple le CPAS, le FOREM) donc voilà, ils savent que quand ils sont chez nous, on va plus les embêter et ils ne risquent plus d'être convoqués au FOREM (...) (E1-APS, L156-162).

Participation volontaire

La formatrice concernée insiste sur le fait que participer au module « tabac » n'est pas obligatoire. La formation étant partagée exclusivement entre adultes, l'objectif est de les responsabiliser face à l'engagement. Cependant, la première séance a été fortement recommandée aux fumeurs, alors qu'aux séances suivantes, les bénéficiaires avaient l'opportunité d'y participer volontairement. Lors de l'interview, elle nous stipule que réduire les temps de formations « basiques » (cuisine, peinture, bureautique...) pour les consacrer à des thématiques plus larges et prioritaires (cf. besoins) découle d'une volonté de l'institution qui fait face de plus en plus à des préoccupations primaires, le projet « tabac » en faisant notamment partie.

2.2.2. Les besoins

Pour rappel, la mise en place d'un programme, en l'occurrence ici, le module « mise en projet », se justifie sur base d'un besoin. Un besoin a – t- il été ressenti, exprimé ?

2.2.2.1. Diagnostic

Approche « top down »

Aucune des structures psychosociales approchées n'a recouru à une démarche « bottom-up » quelle que soit la modalité de participation ; En effet, l'approche ici est plutôt qualifiée de descendante, même si selon l'institution, nous pouvons en observer des variantes ;

Dans un premier temps, tous les acteurs psycho-sociaux justifient leur collaboration avec le SEPT entre autre sur base de leurs observations. De plus, selon elles, les activités proposées par le SEPT sont adaptées à leur public précarisé et rencontrent non seulement la problématique du tabagisme mais aussi des objectifs plus larges d'insertion socio-professionnelle parfois recommandés par les pouvoirs subsidiaires. Dans une des structures, la formatrice souligne que recourir la première fois au SEPT a découlé de réflexions avec des groupes de stagiaires antérieurs, le SEPT ayant ainsi « ouvert le bal » à l'intégration de séances sur la santé, qui jusque ici étaient inexistantes. On peut également mettre en avant que la majorité des formatrices regrettent que la demande n'émane pas

de leurs stagiaires mais reconnaissent qu'elles rencontrent de grandes difficultés lorsqu'il s'agit de faire émerger de telles demandes.

« F : ça ne répond pas aux demandes des stagiaires, on est amené de plus en plus à essayer de faire émerger des demandes mais c'est quelque chose d'extrêmement compliqué en fait parce que ce sont des personnes qui sont dans des difficultés telles qu'elles sont dans le « tout de suite », le maintenant et c'est extrêmement compliqué parce qu'elles ne pensent pas au lendemain, au sur lendemain, elles n'ont pas de projet, elles sont toujours dans l'immédiat et elles sont dans les besoins de base en fait ! et donc voilà ça n'émerge pas, il faut vraiment être sur le terrain pour s'en rendre compte parce qu'on nous demande que ça vienne d'eux pour qu'il y ait des résultats, il faut ça mais c'est extrêmement compliqué et quasi impossible, en tout cas dans un premier temps quoi ! c'est aussi je pense une éducation qui fait qu'un moment donné, ils se disent « tiens, on a le droit d'avoir des idées... » fin voilà, il faut toujours un certain temps donc c'est sûr que c'est pas quelque chose qui émerge d'eux mais c'est quelque chose qui vient de nous parce que effectivement on a constaté que bah malgré le prix des paquets de cigarettes, malgré ...et que ce soit les personnes les plus démunies je dirais, qui vivent dans la pire précarité bah c'est eux qui dépensent une fortune ! (E2 - APS, L3-L17) »

2.2.2.2. Besoins

Les acteurs psychosociaux mettent en avant des besoins « primaires » non comblés, sur lesquels un travail est requis. Parmi ceux-ci, on y retrouve notamment l'hygiène, le logement, le savoir et le savoir-être (ponctualité, respect, ...) ..., constituant des freins potentiels à l'emploi, lui-même pouvant être assigné à un besoin.

Concernant le tabagisme, aucun besoin, ni demande n'ont été, dans un premier temps, exprimés par les participants. Les fumeurs « contraints » reconnaissent qu'ils n'avaient pas le choix, « subissant » ainsi les premiers instants avec le SEPT.

« P5 : bah oui c'est vrai, on est obligé mais euh ... ce n'est pas nous qui choisissons le plan de la formation hein ! ... voilà tous les mercredis voilà c'est le tabac

P3 : oui c'est sur la santé

P5 : donc voilà, on est venu ... parce qu'on vient tous les jours

P10 : en fait, ils nous ont pas posé la question, c'est pas un programme qu'on fait ensemble avec les personnes ... c'est pas très mignon de le dire mais c'est imposé ! c'est la vérité ! » (F3 - P, L3-7)

Notons que pour certains des fumeurs contraints, on observe tout de même une évolution puisqu'ils ont manifesté, au cours des séances, le besoin de diminuer voire d'arrêter le tabac (minorité).

Quant aux fumeurs volontaires, ils en ont profité pour rencontrer le SEPT, manifestant un besoin d'informations et de conseils pour baisser leur consommation.

2.2.3. Objectifs

Comme relaté précédemment dans la théorie de programme du module « mise en projet », les objectifs peuvent être généraux, spécifiques et transversaux. L'entretien réalisé avec les 2 chargés de projet n'a pas apporté d'éléments nouveaux quant à la définition des objectifs, clairement définis au préalable. Par contre, les indicateurs de réussite (cf. résultats), seront quant à eux détaillés et permettront d'établir un parallèle avec les objectifs fixés. Il nous a donc semblé plus pertinent de s'intéresser spécifiquement aux objectifs partagés par le SEPT et les acteurs psychosociaux, qui

souhaitent inciter la réflexion, la prise de conscience du lien addictif et questionner le projet de vie des stagiaires dans leur globalité.

2.2.3.1. Objectif général

Accompagner les acteurs psychosociaux

La mise en place d'une collaboration entre les acteurs psychosociaux et le SEPT permet à chacun d'eux de reconnaître les limites de leurs professions respectives. De ce fait, le SEPT, par son expertise de terrain, soutient les référents internes dans leur accompagnement auprès de leurs stagiaires.

« F : bah on se dit qu'ils sont plus armés que nous, que c'est leur boulot, qu'ils ont d'autres outils et que ça peut mieux ou en tout cas différemment parler aux stagiaires (...) puis voilà moi je connais pas tout, moi je peux effectivement organiser un jeu autour du tabac où on va pouvoir débattre mais où le but serait plus de débattre, de leur apprendre à communiquer, d'exprimer un point de vue, une idée que de réellement travailler sur le problème du tabac en lui-même parce que voilà moi à la base je suis formatrice (rire) et je fais ce que je peux ! » (E2, APS, L105-114)

2.2.3.2. Objectifs spécifiques

L'arrêt tabagique n'est pas poursuivi prioritairement par le SEPT ni par les acteurs psychosociaux. Pour ces derniers, l'arrêt tabagique est optimiste voire utopique, sachant qu'aucune demande des participants n'est exprimée. Cependant, quelques contradictions ont pu être soulevées. En effet, une des formatrices n'étant pas satisfaite par les résultats escomptés, estime qu'aucun grand changement n'a été visible, alors qu'elle était restée très prudente dans l'énoncé de ses objectifs.

*« F : C'est peut-être de faire pousser une petite graine chez chacun, maintenant bah voilà, un coup de gel et il y en a peut être qu'une qui va rester mais on se dit que s'il y en a déjà une qui résiste mais ma fois ... **dans le social on doit se contenter de peu** ; On est très réaliste (...) » (E2- APS, L116-119) ><*

*F : **La démarche à la base elle est bien mais bon voilà ... c'est un groupe de parole quoi de fumeurs point ! ...**(...) ; Je sais pas, je suis perplexe J'en sais rien... est-ce qu'ils devraient après revenir voir les gens après 2 mois pour voir où ils en sont ? les revoir tous autour d'une table ? **pour peut-être voir que rien n'a changé** ? je sais pas ... » (E2, L184-185/216-218)*

De plus, malgré une formulation des objectifs en première séance, quelques participants évaluent leur situation par rapport à un arrêt tabagique, souvent non atteint, alors que le SEPT met en valeur de nombreux autres indicateurs (cf. indicateurs).

« S : Les animateurs se sentaient totalement concernés par notre dépendance à la cigarette. Ils voulaient vraiment qu'on arrête de fumer mais c'est très dur » (E9 – P, L183-184)

Favoriser la réflexion et la prise de conscience vis-à-vis du lien addictif

Viser la prise de conscience et la réflexion autour de leur consommation tabagique est un objectif partagé par les deux catégories d'acteurs, objectifs majoritairement atteints (cf. résultats).

2.2.3.3. Objectifs transversaux

Questionner le projet de vie et le développement personnel

Dans une optique d'insertion socio-professionnelle, les acteurs psychosociaux visent également à inciter des mécanismes de réflexion beaucoup plus larges, pouvant impacter leur développement personnel et le savoir être (prendre soin de soi, combler autrement la solitude, écouter son corps, concentration...). En déployant des modules de « mise en projet », le SEPT poursuit également cet objectif transversal, ne se limitant pas à la consommation tabagique mais bien au projet de vie dans son ensemble.

2.2.4. Facteurs contributifs

Susciter leur attention et favoriser la participation d'un public plus ou moins captif contribuent à la réussite d'une intervention.

2.2.4.1. L'accroche

Les fumeurs rencontrés, n'étant pas demandeurs d'une perspective d'arrêt, constituent un public captif. Les tabacologues en sont totalement conscients, reflétant leur volonté de s'attarder sur les premiers cycles de Prochaska. On remarque donc que pour éviter de compromettre la réussite du projet, l'équipe tente d'atténuer ce sentiment de contrainte à travers différentes attitudes afin de maximiser l'adhésion du groupe. Nous citerons donc les principales « stratégies » ressenties et partagées par le service et/ou les bénéficiaires.

Non jugement

Plusieurs bénéficiaires ont insisté sur le fait qu'ils ne s'étaient pas sentis jugés par les tabacologues alors qu'un jugement peut, selon eux, très vite s'opérer. Une des formatrices sociales souligne aussi cet élément, indispensable à ses yeux pour maintenir une collaboration avec un intervenant extérieur, surtout lorsqu'on travaille avec un public précarisé.

« P3 : et vraiment ce que je voulais encore dire c'est que si on a bien accroché c'est parce qu'on n'a pas été jugé (...) parce que parfois on a des gens qui nous jugent vite... (F1- P, L549-552) »

Relation de confiance avec l'animateur

Etablir une relation de confiance est une condition essentielle pour les chargés de projet du SEPT mais également pour les participants. En effet, ce lien a été primordial pour certains d'entre eux puisque sans cette confiance, ces derniers affirment qu'ils n'auraient pas été autant réceptifs à leur pratique.

P1 : « (...) parce qu'à la première séance, moi je voulais rien savoir, je ne voulais même pas entendre « arrêter de fumer voire même diminuer » mais dès la première séance, elles ont pu me mettre en confiance et ça c'était bien (F1-P, L446-448) »

Absence de « pression » vis-à-vis de l'arrêt tabagique

Pour certains participants l'hypothèse d'arrêter de fumer n'était/n'est pas concevable et l'idée qu'un professionnel vienne « dicter la bonne conduite » et prôner l'arrêt tabagique aurait pu constituer un frein supplémentaire (si contrainte existait). Cependant, ces derniers soulignent que très rapidement, ils ne se sont pas sentis forcés à arrêter et qu'aucune exigence de résultats n'était revendiquée à la fin du module (cohérent avec les objectifs du SEPT) ce qui leur a permis d'accrocher plus facilement. Selon nos observations, poser le cadre a permis en effet d'en soulager certains, inquiets d'être présents pour arrêter de fumer.

Respect des choix personnels

Au cours de mes observations, les tabacologues n'ont à aucun moment « forcé la main » aux participants lors des différentes activités proposées. Certains participants énoncent explicitement l'importance de se sentir libre dans leurs choix et en sont reconnaissants.

« P1 : et alors ce qui était bien aussi, c'est qu'elles nous ont pas obligé à faire le défi, elles ont proposé

P4, P3 : ouais non c'est vrai !

P1 : elles ont juste proposé et elles disaient « nous, on n'est pas là pour que vous arrêtiez d'office » ... elles sont là pour nous conseiller mais c'est notre choix ! (...) » (F1-P, L263-267)

Evolution du sentiment de contrainte

Pour les participants « contraints » d'être présents au module du SEPT, il en est ressorti pour la plupart d'entre eux que la présence obligatoire avait également eu des aspects positifs. Ils reconnaissent qu'ils ne seraient pas venus à la première séance et n'auraient pas eu l'occasion de vivre cette expérience dont la plupart en proclame des bénéfices (à différents degrés).

« P1 : après comme je l'ai dit tantôt, si ça avait pas été obligatoire, il y aurait eu personne

P5 : personne serait venu la première fois, mais comme c'est obligatoire bah on vient et puis bah ça donne envie de revenir, c'est pas mal en fait que ça soit obligatoire (...) » (F1-P, L517-518).

Cependant, quelques-uns ne partagent pas cet avis et ont, malgré l'avancement des séances, toujours l'impression qu'on leur avait forcé la main et n'ont pas ou très peu accroché à la formation proposée par le SEPT.

2.2.4.2. La participation

Dans un premier temps, nous avons pu mettre en avant, grâce aux observations, que le taux de participation était satisfaisant. Rappelons que les participants de 2 groupes sur 3 avaient

l'obligation de se présenter aux séances. Toutefois, selon leurs formatrices, cela ne suffisait pas toujours ...

2.2.4.2.1. Réticences à participer

Quelques réticences à participer ont été essentiellement ressenties chez les groupes contraints, les fumeurs volontaires, n'ayant sans grande surprise stipulé de freins. Les motifs d'absence relevés chez le groupe « volontaire », ont été majoritairement d'ordre personnel ne remettant pas en cause la pertinence du module. Quelques stagiaires (issus d'un des groupes contraints) se sont montrés quant à eux plus réticents évoquant entre autre « le caractère scolaire » (difficultés de rester assis, durée de la séance trop longue, ...) ou le manque d'intérêt. Ces propos rapportés par les stagiaires présents, ont également été confirmés par les référentes comme étant prétextés par les quelques absents.

2.2.4.2.2. Motivations à participer au module « mise en projet »

Il est intéressant de s'attarder aux motivations qui ont poussé les bénéficiaires à participer au module « mise en projet ». Nous avons pu, lors de notre analyse, relever quelques spécificités selon la modalité de participation (présence obligatoire ou non) et selon le statut tabagique (fumeur ou non-fumeur) des stagiaires, que nous mentionnerons dès qu'il en sera pertinent. De plus, il nous a semblé judicieux de différencier les motivations qui les ont poussés à entreprendre la formation « tabac » (1^{ère} séance), de celles qui les ont stimulés à la poursuivre (faisant référence aux 4 autres séances).

- MOTIVATIONS À ENTREPRENDRE

La contrainte

La présence obligatoire est sans grand étonnement l'élément soulevé à l'unanimité chez les participants ayant été contraints à prendre part à ce groupe de parole quel que soit le statut tabagique ; Aucune motivation personnelle n'a donc été abordée.

Effet d'entraînement par les pairs

L'encouragement de collègues a incité certains fumeurs indécis à participer à la première séance, convaincus par leurs arguments.

*« P4 : Bah moi, disons que la première fois, quand F. (formatrice) avait fait le tour des sections, et bon j'étais pas trop chaud
P8 : non moi non plus*

P4 : et puis bah F. elle a encouragé P8, puis bah j'ai dit à P8, bah si tu y vas, je viens avec toi aussi, on va aller à deux ! et voilà donc j'ai bien aimé de venir aux séances » (F2-P, L79-83)

L'ambivalence

L'ambivalence est un élément clé qui a poussé la majorité des fumeurs « volontaires » à s'inscrire au module du SEPT ; En effet, étant des fumeurs « insatisfaits – indécis », avoir la possibilité de recourir à ces séances a renforcé leur ambivalence, souhaitant ainsi obtenir des conseils et informations pour essayer de diminuer voire arrêter de fumer.

« V : Bah au départ, euh ... ça m'a interpellé parce que ça faisait quelques temps que je voulais arrêter ! (...) ça me fait du bien dans le sens où moi je fume, je me détends, je pense à rien en fait ... c'est avant d'aller dormir ou avant d'aller devant la télé vous voyez ? (...) je pense quand même que ça touche ma santé !! alors voilà, c'est rien que pour ça que je veux arrêter, parce que ça touche ma santé ! (...) Donc voilà quand on m'a parlé de cette formation sur le tabac, ... ça vient un peu conforter ce que j'ai un peu en tête, ça va être un déclic, donc je me suis inscrite volontairement (E7-P, L4-22) »

- MOTIVATIONS À POURSUIVRE

Participation « sous la contrainte »

Pour une minorité de participants contraints, seul le caractère obligatoire de la formation les a incité à suivre plusieurs séances, le sentiment de contrainte n'ayant en aucun cas évolué. Parmi ces individus, on y retrouve quelques non-fumeurs qui ne se sont pas sentis personnellement concernés par la problématique du tabac ou quelques fumeurs « satisfaits » n'en rapportant aucun intérêt personnel.

Participation « par intérêt »

Pour une bonne part des participants « contraints », et ce quel que soit leur statut tabagique, la curiosité d'en apprendre davantage (enrichissement des connaissances, recueil de ressources) les a stimulés à assister aux différentes séances. L'expérience des autres et le temps de parole qui leur ont été consacrés constituent les principales motivations des fumeurs volontaires. Leur formatrice laisse sous-entendre que certains participants « irréguliers » auraient pu également y trouver un certain intérêt « indirect » en privilégiant l'animation à leurs tâches quotidiennes (cuisine, ménage, peinture, ...), les séances consacrées au tabac ne bénéficiant pas de plages horaires spécifiques.

Participation « qui fait sens »

Certains participants ont été stimulés par des motivations intrinsèques. En effet, le plaisir de participer, le dépassement de soi (via un mini-défini personnel) et le suivi de l'évolution personnelle ont justifié leur participation continue, et ce quelle que soit la modalité de participation. Tout ceci ayant représenté pour eux une utilité et une opportunité, au travers des séances, de renforcer leur motivation et/ou d'objectiver leurs efforts. Quelques-uns insistent également sur l'importance qu'a pris la formation « tabac » dans leur nouvelle vie.

« P2 : (...) pour moi ça m'apporte énormément surtout parce que j'ai arrêté de fumer donc pour moi venir ici c'est comme si j'allais à une réunion, à une thérapie anti-tabac voilà (...) (F3, L88-91) - moi je suis pas venue dans l'intention d'arrêter du tout comme

j'ai dit tantôt mais après ça m'a motivé à continuer d'arrêter et vraiment le premier cours ça été une prise de conscience et après ça me motivait vraiment à continuer à arrêter, je me disais je vais voir le tabacologue, je vais resouffler dans la machine, je vais recevoir des patchs... donc je vais pas fumer quoi ! (F3-P, L242, 245).

Par respect

Un élément inattendu avancé par certains non-fumeurs forcés d'y être présents justifiant leur participation continue au module est le respect vis-à-vis de leurs collègues fumeurs.

Sentiment d'appartenance au groupe

On peut également souligner que le sentiment d'appartenance au groupe (partageant des situations de vie et/ou des idées communes) est un élément qui incite plusieurs bénéficiaires à participer aux séances. Ils partageaient bien plus qu'une formation mais des situations de vie communes (colis alimentaires, divorces difficiles, inactivité professionnelle, deuils ...). A noter que cette thématique est ressortie considérablement dans un des groupes où les stagiaires ne sont pas répartis en différentes sections. Quant aux deux autres groupes, certains précisent tout de même s'être totalement reconnus dans ce groupe de parole en tant que fumeurs (même si des affinités ne s'étaient pas créées à l'extérieur) ce qui a facilité la continuation avec le SEPT.

2.2.5. Activités proposées par le SEPT

Nous avons choisi de nous intéresser plus en profondeur aux activités proposées tout au long du module par les deux chargés de projet du SEPT : l'animation des séances de groupe et l'intervention sur le « lieu de vie ». Concernant les activités plus spécifiques, elles y seront indirectement abordées. Globalement, lors de mes observations, ces dernières étaient implémentées comme prévu initialement, seules quelques adaptations à la demande de la référente interne du projet et/ou des participants ont eu lieu (cf. discussion).

2.2.5.1. Les séances de groupe

En mettant en place des séances de groupe, les chargés de projet du SEPT semblent globalement rencontrer les attentes des participants à ce sujet. En effet, l'ensemble de ces participants, qu'ils soient fumeurs ou non, ont vécu positivement les séances en groupe et aucun d'entre eux n'aurait préféré bénéficier de séances individuelles. Les formatrices sociales approuvent aussi ces activités de groupe puisque cela leur permet de travailler globalement sur des compétences transversales (l'écoute active, le respect, la communication ...) essentielles à l'insertion socio-professionnelle. Les différents éléments, majoritairement positifs, relevés lors de nos échanges seront donc décrits ci-dessous. Les expériences plus négatives s'y rapportant seront également abordées plus spécifiquement dans les différentes thématiques afin de nuancer certains propos.

Partage d'expériences et des ressources

Partager leurs expériences respectives (liées ou non au tabac) et les comparer à leurs propres pratiques/vécu occupent une place prédominante pour l'ensemble des bénéficiaires dans ces séances. En répandant amplement ce bienfait, les participants sont en totale cohérence avec l'intention du SEPT puisque les 2 chargés de projets prêchent la mise en commun des ressources et des expériences.

« H : Vous semblez avoir vécu positivement les séances en groupe, quels sont du coup pour vous les avantages de suivre des séances en groupe ?

P4 : d'entendre l'expérience des autres en fait par rapport à soi

P3 : Ouais voilà, de voir comment l'autre il le vit, pour voir si nous on vit la même chose, si pas on peut peut-être demander à la personne comment elle, elle fait

P4 : Il y en a qui ont des trucs que d'autres non pas et qui vont peut-être adopter ces trucs là et ça ça aide aussi d'un côté ou de l'autre (F1-P, L175-181) »

Groupe de parole

On peut considérer le module proposé par le SEPT comme étant un groupe de parole au sens large, souhaitant entre autre inciter la réflexion collective autour d'une relation addictive avec un produit/loisir. Pour certains participants, ces séances en groupe ont été vécues comme tel puisqu'il s'agissait, selon eux, avant tout d'un temps de parole qui leur était accordé. Ainsi, ils se sentaient écoutés et libres de s'exprimer quel que soit le sujet.

Notons tout de même quelques points négatifs. Dans un premier temps, un participant relève que la présence de la formatrice aux séances, figure d'autorité et intermédiaire avec des employeurs potentiels, aurait pu freiner certains à s'exprimer sans tabou. Le SEPT réclame néanmoins la présence des acteurs psychosociaux afin de se décharger des aspects disciplinaires et de favoriser un suivi inter séances.

« S : bah y avaient certains trucs qu'on ne pouvait pas dire parce que on est quand même au travail, on est à côté de notre formatrice donc il y a des trucs qu'on ne peut pas dire quoi ! maintenant si ça avait été individuel y aurait peut-être des gens qui diraient un peu plus qu'en groupe parce qu'on est quand même au travail ici, c'est pas qu'on est à l'école où on s'en fout de dire qu'on fume le joint, je fume tchic, tchac, quand on est en groupe on va pas dire tout ça, ça le fait pas après face à un employeur (...) (E6-P, L122-131).

Dans le même ordre d'idée, quelques-uns supposent tout de même qu'il est nécessaire de posséder des facilités à s'exprimer et de s'imposer devant un groupe pour pouvoir témoigner librement. N'étant pas donné à tout le monde, ceci a pu altérer le degré d'intervention de certains. De plus, lors de ces séances, les participants s'exprimaient le plus souvent à tour de rôle et le tabacologue pouvait, selon certains, parfois « monopoliser » la parole ce qui a pu en déranger certains. En effet, ces derniers auraient souhaité interagir davantage entre eux et inverser la tendance quant à la répartition du temps de parole afin de contrer ce sentiment de « passivité ». Une des formatrices confirme que le groupe a **besoin** de se sentir lié, d'interagir et de s'exprimer.

« P8 : (...) Parce que ici, on a parlé tout seul, chacun son tour et il y a pas eu d'interactions (...) (E8-P, L160-161) »

Une des formatrices appuie également ces propos puisqu'elle souligne son étonnement quant au manque d'interactivité dans le groupe. Elle considère qu'il ne s'agit ni plus ni moins d'un groupe de parole, l'ayant très peu convaincue. Elle soulève également qu'en recourant à cette méthode, le rythme des séances est moins soutenu et ne favorise pas la participation active de tous les participants.

« (...) Je ne suis pas du tout réticente mais je suis loin d'être convaincue ; je ne sais pas trop ... qu'est-ce qu'il faudrait pour améliorer, je n'en sais rien ... peut-être qu'il faudrait ... euh ... ce qui m'a peut-être un peu étonné c'est qu'on reste tous autour d'une table, c'est très passif je trouve (...) parce que oui, **ils sont fort à l'écoute, on passe beaucoup de temps à faire des tours de table**, tiens et toi tu as diminué ? et toi ? **ah bravo parce que le gars il a fait une cigarette en moins par jour** ... euh ... je suis pas épatée hein !, oui c'est déjà bien mais bon ... Je connais hein comment ça s'appelle ... ça s'appelle **une évaluation positive**, comme nous on fait aussi parfois mais bon ... je trouve un **peu ça exagéré** je dirais, de mon point de vue bien sûr (...). La démarche à la base elle est bien mais bon voilà ... **c'est un groupe de parole quoi de fumeurs point ! ... Je trouve qu'il y pas mal de manque derrière, oui il faudrait plus d'interactivité, plus d'images, ou même peut être le jeu (parcours sans T)...** (E2- APS, L162-166 / 172-177/184-187) »

Influence des pairs

Qu'elle soit positive ou négative, l'influence des pairs joue un rôle capital dans les séances de groupe. On peut mettre en avant que certains membres du groupe ont une influence positive sur des collègues (changement de comportement, renforcement de la motivation, confiance en soi ...), considérant certains parfois comme des « exemples ». Cet élément positif vient conforter les espérances du SEPT qui, en réalisant des séances de groupe, tente de rendre les motivations/ressources contagieuses.

« P11 : Moi par exemple, ce qui m'aide ici, c'est monsieur (elle montre P13), qui est arrivé à 3 cigarettes au lieu de 6, donc je me dis, si lui il peut le faire alors je peux le faire ! c'est ça simplement (F2-P, L131-133) »

Néanmoins, les pairs peuvent également avoir un impact négatif dans le groupe. En effet, certains participants ne souhaitant pas être présents au module, se sont vus être dissipés au cours des séances perturbant ainsi d'autres membres du groupe.

« P5 : Ouais et puis bah comme c'est quelque chose qui est obligé pour la formation, bah il y en a qui venait juste parce que c'était obligé donc pendant que les dames parlaient bah ils foutaient le bordel parce qu'ils s'en foutaient quoi ... » (F1-P, L203-205)

De plus, un bénéficiaire met en avant que la parole de certains collègues n'a pas toujours été la bienvenue et acceptée par tous et peut mettre à mal la dynamique positive qui tentait de s'installer. Le SEPT reconnaît ces inconvénients et les définit comme étant des difficultés devant lesquelles ils ne sont pas toujours bien armés. Les deux chargés de projet complètent ces propos en insistant sur le fait, qu'en pratique, les groupes n'étant pas fermés, c'est-à-dire qu'un participant peut arriver en 3^{ème} séance sans y avoir suivi la 1^{ère} par exemple, le risque d'entendre des discours « résistants » à leur pratique est multiplié et peut impacter négativement le travail déjà réalisé sur l'ensemble du groupe.

« F : la principale difficulté que l'on peut retrouver dans la dynamique dans le groupe c'est par exemple celui qui a manqué la 1^{ère} séance où on expose la philosophie du projet arrive en plein milieu dans le groupe avec un procès d'intention « ceux qui m'arrêteront ne sont pas encore nés » (E0- T, L573-575)

Soutien mutuel

Un des éléments positifs également ressorti par quelques participants a trait au soutien, les membres du groupe ayant été d'une aide précieuse face à des moments de privation.

« P2 : moi je trouve qu'ils m'ont tous soutenue en fait parce que tous les jours ils me disaient « alors, tu tiens le coup ? », alors ça va ? tu n'en as pas fumé une ? ebin en fait ils m'ont tous soutenue (...) fin je veux dire que moi franchement ça m'a beaucoup aidé à arrêter de fumer le groupe » (F3-P, L173-178).

Un des acteurs psychosociaux insiste également sur cette notion puisque la référente souhaite et constate une réelle solidarité et une entraide dans le groupe face aux efforts réalisés. Pour elle, le groupe est porteur du projet de chacun, d'où l'intérêt de réaliser ces séances en groupe.

Renforcement des liens sociaux

Tous les groupes ont insisté sur le fait que réaliser les séances autour du tabac en groupe a permis pour certains de créer des liens et pour d'autres de les consolider.

« P4 : Pour nous notre devise c'est vraiment l'union fait la force en fait maintenant ! (F3-P, L393) »

Développement du sentiment d'empathie

Certains ressortent également que partager les séances en groupe leur a permis de se découvrir et de comprendre mieux leurs confrères. Quelques fumeurs se sont également sentis compris par les non-fumeurs, qui ont reconnu leurs difficultés face à un moment d'arrêt et l'importance de la cigarette dans leur vie. Certaines référentes de structures psychosociales recherchent également à travers ces activités à développer cette compétence lors de leur accompagnement, ce qui pour certains était innovant.

« P2 : bah merci P6, parce que en tant que non-fumeuse, tu peux peut-être pas comprendre ce qu'une fumeuse peut ressentir comme moment de frustration et franchement merci de comprendre parce qu'il y a peu de gens non -fumeurs qui comprennent la frustration qu'on peut ressentir à un moment de faiblesse et donc merci ! » (F3-P, L257-260)

2.2.5.2. Intervention des tabacologues dans l'environnement de vie

Afin de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé, les deux chargés de projet du SEPT se déplacent dans les structures psychosociales, constituant ainsi une équipe mobile. Les bénéficiaires ont majoritairement apprécié leur démarche même si une minorité manifeste une incompréhension quant à la place de ce module «tabac» dans leur projet d'insertion socio-

professionnelle. Nous n'avons pas relevé de différences selon la modalité de participation et les fumeurs ont été bien entendu majoritairement les principaux répondants.

Démarche pro-active des tabacologues

Dans une perspective d'égalisation des chances, le SEPT va à la rencontre des individus là où ils sont et là où ils en sont. En réalisant cette démarche, ils espèrent toucher les moins motivés, les plus difficiles à atteindre, mais chez qui, la motivation à l'arrêt n'est pas inexistante. La plupart des participants ont souligné leur démarche, qui à leur sens, est indispensable. En effet, aucun fumeur n'aurait recouru à un tabacologue de leur propre initiative alors que pour la majorité, comme relaté précédemment, il en est ressorti des bénéfices (degrés divers). Pour certains, se tourner vers les services de soins ne se prête qu'en cas d'« urgence », ne laissant que très peu de place à la prévention.

« V : Ils ont pas le choix je pense, je trouve que c'est bien ; On ne va pas aller vers eux ; ils n'ont pas le choix ; personne va faire cette démarche je pense ; on reste un fumeur dans son coin, même si on a envie d'arrêter, on sait pas comment ça se passe chez les autres, c'est comme n'importe quelle addiction... tout ça ça doit être organisé hein ! je veux dire qu'on doit être pris un peu en charge de ce côté-là. Après c'est tout, 5 séances c'est suffisant mais après c'est bien, moi je trouve ça bien qu'il y ait des groupes comme ça et surtout qu'ils aillent vers les adultes ! parce qu'on est aussi une image pour les jeunes donc euh ... » (E7-P, L167-174)

Accès gratuit aux ressources

Un certain nombre de participants évoque positivement l'opportunité d'accéder à des ressources et ce gratuitement (NRT, informations, test CO, conseils, ...). Le coût a été soulevé par quelques bénéficiaires comme étant un frein limitant leur recours aux soins et à la prévention. Quelques-uns mentionnent cependant l'accès gratuit aux services de Tabac Stop mais confient ne jamais y avoir fait appel, regrettant en outre l'aspect relationnel amoindri (contacts téléphoniques).

*« P2 : moi j'aurais jamais été le voir parce que justement c'est coûteux et parce que les patchs sont coûteux parce que tout a un coût en fait ! donc j'aurais jamais été voir une personne qui allait m'aider à arrêter de fumer
P4 : oui c'est toujours une question d'argent hein ! » (F3-P, L353-356)*

Légitimité du module « mise en projet »

La place du module « mise en projet » au sein de leur formation pré qualifiante a suscité le débat chez certains, laissant ainsi transparaître 2 écoles. D'une part, la majorité des fumeurs reconnaissent l'intérêt d'un tel projet au sein de leur formation générale. En effet, pour ces derniers, ces séances sont cohérentes avec les objectifs institutionnels et personnels poursuivis tel un nouveau départ basé entre autre sur une vie plus saine (emploi, santé, logement, projets ...). Ces derniers propos sont bien entendu partagés par les acteurs de terrain, qui comme déjà relaté, visent transversalement le développement personnel.

« P2 : moi je trouve que c'est très intéressant parce que justement on va nous mettre au travail alors autant nous mettre au travail sainement et écoute si on peut aller travailler et ne pas dépenser 80-100-160 euros par mois dans le tabac je trouve que c'est bien ! (...) mais moi je pense vraiment que ça a sa place dans notre formation parce que justement, chacun à sa petite vie, mais on a tous eu un moment de STOP ou un moment où on était pas bien ébin on sort de ce moment -là et qu'on est venu me prendre la main et qu'on m'a dit que c'était ici que ça se passait et je prends la chose en me disant qu'on va me remettre au travail mais mieux » (F3-P, L311-312/321-325).

Certains stagiaires ayant choisi des options plus manuelles, soulignent la présence de gros fumeurs sur les chantiers et déplorent l'absence de séances informatives préventives sur le tabac au cours de leur expérience professionnelle, approuvant totalement l'initiative du SEPT. Ce premier point de vue coïncide avec la pensée du service, puisque selon les tabacologues, le rapport aliéné avec un produit peut constituer un frein à la réinsertion socio-professionnelle. Ainsi, les séances proposées englobent le projet de vie dans son ensemble au-delà des spécificités liées à la consommation tabagique.

A contrario, d'autres n'y accordent que très peu de légitimité et manifestent de l'incompréhension. En effet, l'objectif premier de leur formation étant avant tout, pour eux, d'y trouver une orientation voire un emploi, leur consommation et statut tabagique n'ont à leur sens aucun impact sur cette recherche.

« P8 : moi franchement, je ne vois pas ce que ça vient faire dans la formation parce qu'on est ici pour trouver une formation, une orientation donc je ne vois pas trop ce que ça vient faire là de- dans ... » (F3-P, L306-308)

2.2.6. Résultats

2.2.6.1. Mesure des résultats

Pour évaluer leur module, les tabacologues se basent principalement sur leurs observations et sur les résultats de leurs questionnaires. Ces derniers sont établis selon le cycle de Prochaska, les 3 ingrédients nécessaires au changement, le développement personnel et la satisfaction. Aucun suivi n'étant mis en place, la majorité des indicateurs sont objectivables par le SEPT à court terme et traduisent une éventuelle dynamique/évolution entre la 1^{ère} et la 5^{ème} séance. Depuis peu, le SEPT met également en place une enquête de satisfaction, plus qualitative (écrit) (cf. Annexe 9). Cependant, laissant place à des questions ouvertes, une bonne part semble rencontrer des difficultés, ne faisant ressortir que peu de réponses adéquates (formulaire incomplet, incompréhension, incohérences ...).

2.2.6.2. Indicateurs de qualité

Les indicateurs mis en lumière ici sont proposés par les tabacologues pour « justifier » leur pratique tout en tenant compte de leurs moyens. Globalement, ils ont pu être rencontrés (à degrés variable) pour la majorité des participants même si pour la minorité, le module « mise en projet » a été très neutre, ne déclarant aucun résultat favorable.

« P7 : moi j'en ai pas assez entendu que pour dire quelque chose ... la première séance on a rien fait, j'ai complété des papiers là ... et puis aujourd'hui j'ai écouté tout le monde ; ça m'a rien apporté j'ai rien à dire de négatif ni de positif voilà ! La première séance je m'en rappelle même pas » (F3-P, L406-409) »

2.2.6.2.1. Cognitifs

Prise de conscience du lien addictif

Pour les chargés de projet du SEPT, pouvoir reconnaître le lien « aliéné » entretenu avec la cigarette (ou un produit) en fin de module constitue un indicateur de réussite primordial à leurs yeux tout comme pour les acteurs psychosociaux. Compte tenu des retours qui nous sont parvenus, cet indicateur a été globalement comblé puisque la grande majorité des fumeurs admettent avoir pris conscience de leur consommation, étant devenue à leurs yeux un automatisme envers lequel ils ne s'interrogeaient jamais auparavant. Le résultat au test CO a été pour certains très révélateur, de par sa nature objectivable. Certains évoquent même leur responsabilité en tant que fumeurs envers leurs proches, prise de conscience qui dépasse clairement le lien addictif. Quelques non-fumeurs ont également rapporté cette prise de conscience vis-à-vis d'autres produits (boissons énergisantes, jeux vidéo, soda ...).

« (...) P1 : Non mais sérieusement ça fait réfléchir !

P4 : Ouais !

H : ça vous permet d'objectiver ?

P1 : Disons que moi je fume, mon copain fume et mes enfants ne fument pas, faut pas demander ce que eux respirent hein parce que nous on fume dans la maison, on sort pas, fin je veux dire purée on empoisonne nos enfants hein !

(...) H : ça relie un peu ce que P4 disait, c'est une prise de conscience ?

P1 : Oui et surtout si on a des enfants, on réfléchit pas, on fume machin et puis j'ai soufflé dans l'appareil et je me suis dit si moi déjà en fumant j'ai autant, faut pas demander celui qui ne fume pas ce qu'il respire

P4 : En fait, on n'est pas conscientisé, quand on fume, on sait plus au moins ce qui pourrait nous arriver, mais sans plus parce qu'on pas de douleur

(F1-P, L127-153)

Amélioration des connaissances

Un indicateur également recherché par les animateurs est l'enrichissement des connaissances vis-à-vis des méfaits, des produits de substitutions, des ressources ... ; La grande majorité des participants quel que soit le statut tabagique souligne avoir appris de nombreux éléments.

« P3 : oui moi je ne suis pas concerné par la fumée mais c'est vrai que 4000 substances dans la cigarette c'est impressionnant et 6 millions de tués par an dans le monde ! moi j'ai été surpris » (F3- P, L74-76)

Amélioration de la littératie en santé

Le SEPT espère indirectement, au terme de son module, améliorer la littératie en santé de ses participants. Certains fumeurs qui ne sont pas prêts aujourd'hui à diminuer ou à arrêter de fumer témoignent avoir les ressources (informations concrètes, outils, contacts ...) nécessaires pour diriger, dans l'avenir, leurs décisions vers des choix favorables à leur santé. Les fumeuses devenues

ex-fumeuses se tournent également vers des ressources identifiées dorénavant comme précieuses (tabac-stop, applications mobiles, forum d'ex-fumeurs ...).

2.2.6.2.2. Représentationnels

Evolution des représentations

Un des marqueurs de qualité également soulevé par les chargés de projet concerne l'évolution des représentations, plus spécifiquement relatives aux substituts nicotiniques et aux professionnels de la santé. Nous pouvons observer un progrès positif chez certains bénéficiaires, puisque quelques-uns, initialement réticents à l'utilisation et/ou l'efficacité des substituts nicotiniques, ont manifesté un intérêt à les tester voire même à les adopter.

Par contre, une minorité tient encore un discours « pessimiste » à cet égard.

« Les patches je ne suis pas trop pour parce que je sais que c'est encore de la nicotine qu'on envoie dans le sang, c'est des conneries je trouve » (E9-P, L109-110)

Concernant leurs représentations vis-à-vis du tabacologue, ce dernier glisse du questionnaire de leur santé, souhaitant à tout prix leur arrêt, à un professionnel « accompagnant », non jugeant, respectueux de leurs choix (cf. accroche).

2.2.6.2.3. Comportementaux

Les indicateurs comportementaux relevés n'impliquent pas prioritairement l'arrêt tabagique, non recherché spécifiquement par le SEPT. Concernant notre échantillon, 2 fumeuses ont entamé un processus de sevrage, devenue ex-fumeuses en cours de module. Les indicateurs ci-dessous font donc référence à des aménagements de comportements, à des renforcements de motivation et de self-efficacy.

Expérience sans tabac (défi)

En 3^{ème} séance, « Action », les fumeurs ont l'opportunité d'expérimenter un moment sans tabac. Au cours de mes observations, la grande majorité des participants ont accepté de réaliser le défi et une bonne part l'ont réalisé rencontrant plus ou moins des difficultés.

Certains ont fortement apprécié ce moment, considéré comme relaté précédemment comme un dépassement de soi. Parmi eux, quelques-uns se sont lancés spontanément d'autres défis et avancent qu'ils les poursuivront après le module. Ce moment de « privation » est également l'occasion pour les animateurs d'observer le nombre de fumeurs qui ont souhaité tester un substitut.

Aménagements de comportements tabagiques

Une bonne part des fumeurs affirme avoir diminué leur consommation tabagique, même si son ampleur est différente d'une personne à l'autre (de quelques cigarettes ou de moitié), il s'agit tout de même d'un aménagement de comportement. Une petite minorité a quant à elle arrêté définitivement le tabac durant les séances, fait toujours constaté en fin de module. Certains ont plutôt modifié leurs habitudes les incitant par exemple à fumeur à l'extérieur, à préparer leurs cigarettes à l'avance, A contrario, d'autres, n'ont opéré aucun changement dans leurs habitudes, affirmant en être satisfaits.

Aménagements de comportements secondaires

Le SEPT visant transversalement le développement personnel, énumère également l'adoption de comportements favorables indirects comme indicateur. En pratique, lors de mes observations, une inscription à la salle de sport et l'instauration d'une marche à pied quotidienne ont été cités par une minorité de fumeurs. Ainsi, certains fumeurs ont « profité » de ces séances pour s'interroger sur d'autres habitudes qu'ils considèrent non adaptées à leur choix de vie future.

« P : puis bah par exemple je parlais de sport bah depuis il y a 2 autres personnes qui se sont inscrites au sport aussi (rire) donc voilà c'est pas le même sport mais ils se sont dit qu'ils allaient faire du sport aussi parce que c'était pas une mauvaise idée » (E8-P, L37-39)

Les acteurs psychosociaux s'attardent également sur l'adoption d'attitudes liées au projet de vie et au savoir être, discernée également comme secondaires à la consommation tabagique. Le renforcement de la solidarité, de l'humanité, du respect ont été évoqués par certains stagiaires faisant office d'illustration.

Evolution dans les stades de changement (Prochaska)

L'avancement d'au moins un stade dans le cycle de Prochaska est un indicateur de réussite avancé par le SEPT, faisant écho à leurs objectifs spécifiques. Seule une minorité des fumeurs contraints, pour qui la cigarette n'est pas perçue à l'heure actuelle comme problématique, sont restés au stade de la pré-contemplation (« fumeurs satisfaits »). Pour les autres, il va sans dire qu'ils sont au moins ambivalents (passant au stade de contemplation), quelques-uns sont passés au stade de préparation souhaitant arrêter de fumer rapidement tout en ayant réalisé une privation de plus de 24h lors du défi. De plus, quelques exceptions, ont même entamé un sevrage, tentant de maintenir cet arrêt (stade de l'action). Pour les participants volontaires, on observe un renforcement de leur ambivalence (balance décisionnelle penchant majoritairement pour les aspects négatifs du tabac).

« V : euh .. c'est un plus ... moi l'envie elle était là, ça conforte ... je veux dire c'est comme si il y avait une balance en fait ! les 5 séances ça va rester ! j'ai ... cette envie que j'avais au départ + les 5 séances ! et les autres, je pense qu'ils ont ressenti aussi ça

aussi ! ça ça va rester un moment quoi ! (...) Moi dans la balance : j'ai envie d'arrêter parce que ça ne me fait pas du bien (parce que je suis malade) ; si non l'envie bah oui j'aime bien parce que ça m'aide à m'extrapoler et puis voilà on monte d'un cran ! Alors voilà quand j'arrive à 3, bah je pense à eux (rire) et quand j'arrive à 6 pff ... on se dit merde, j'y arriverai jamais ! (...) » (E7-P, L71-80)

Evolution de la motivation à arrêter de fumer

La majorité ne mentionne pas de motivation à arrêter de fumer mais bien de diminuer. Dans ce cas, leur motivation est grandissante pour une bonne part d'entre eux. Malgré tout, certains stipulent tout de même se préparer rapidement à un sevrage.

« P4 : pour moi c'est programmé, déjà le fait que j'ai diminué de moitié, quelque part c'est arrêter aussi de moitié, je vais me relancer un nouveau défi, donc ma motivation est grandissante ! » (F1, L432-434)

Il est quand même important de souligner que quelques fumeurs n'ont pas signalé d'évolution, n'étant pas réceptifs à la pratique du SEPT.

« H : Comment a évolué votre motivation à arrêter de fumer ?

P7 : elle n'a pas évolué (je ne veux toujours pas arrêter de fumer) » (F3-P, L503-504)

Renforcement du sentiment d'auto-efficacité

Un petit nombre de participants ont soulevé comme apports, un renforcement du sentiment d'auto-efficacité suscité par le tabacologue et/ou les pairs.

« P10 : ... et surtout j'ai pris conscience que je peux le faire, que je pourrai, que je peux le faire ! ça me donne de la confiance, je me dis que je peux ! Si je décide, je sais que je peux le faire ! En les regardant (...) jamais de la vie j'aurais cru qu'elles allaient arrêter de fumer, et quand elles l'ont dit elles l'ont fait et c'est incroyable ce qu'elles ont fait et avec toutes les situations de vie qu'elles vivent c'est pas facile mais elles réussissent à le faire et elles me donnent le courage de me dire « moi aussi si je veux, je peux » et merci à elles pour ça ! » (F3-P, L139-146)

2.2.6.2.4. Satisfaction

La majorité des bénéficiaires ont exprimé une satisfaction globale de l'intervention du SEPT. De ce fait, ils referaient avec plaisir le module même si quelques-uns ne reproduiraient pas l'expérience. Quant aux acteurs psycho-sociaux, initiateurs du projet, la majorité souligne aussi un enthousiasme à l'égard des interventions du SEPT, leurs objectifs étant atteints. Une exception a tout de même vu le jour puisqu'une des référentes sociales, après avoir repris le flambeau de la collaboration avec le SEPT, exprime une faible conviction vis-à-vis de leur pratique. Les bémols relevés par quelques participants et/ou formatrices ont trait à l'absence de suivi, au manque d'outils interactifs et didactiques, d'implication totale dans le projet et à l'organisation des groupes non fermés. La longueur des séances a aussi été relevée par certains.

Groupes non « fermés »

Théoriquement, les groupes rencontrés par le SEPT devraient être fermés. En pratique, il en est autrement, surtout lorsque les acteurs psychosociaux préconisent une présence obligatoire. Ainsi,

les participants débutant leur formation pré-qualifiante rejoignent le module, quel que soit leur niveau d'avancement. Certains participants, qui y ont été confrontés, regrettent ce fonctionnement, n'ayant pas reçu toutes les informations nécessaires à une bonne intégration, contribuant ainsi à réduire leur adhérence pour la pratique du SEPT. Cette difficulté a également été soulevée par le SEPT, qui dans la pratique, s'efforce de s'adapter au maximum.

« P5 : ça aussi pour moi c'est un point négatif, c'est que par exemple, moi je suis arrivé en plein milieu et on m'a mis avec les autres et je trouve qu'ils devraient pas faire ça, je trouve qu'ils devraient rester avec les gens avec qui ils ont commencé »

P4 : ouais que d'arriver comme un cheveu dans la soupe ...

P5 : ouais voilà ; Moi le défi, j'ai jamais eu, je suis arrivé en plein milieu parce que j'ai commencé la formation par après, j'ai commencé ma formation à partir d'une certaine date et je suis arrivé à cette date-là, moi je comprenais rien quoi ! les trucs publicités j'ai rien vu de tout ça par exemple » (F1-P, 485-492)

Absence de suivi

Aucun suivi n'est mis en place par le SEPT. Intégrer les acteurs psychosociaux tout au long du module permettrait, selon les tabacologues, de favoriser un suivi entre les séances. Cependant, aucune des référentes internes n'agencent réellement de moments spécifiques à ce suivi soit par peur de redondance, soit par manque de temps et considérant majoritairement le tabacologue comme le plus compétent à réaliser cette tâche. Certaines d'entre elles essayent tout de même d'entretenir des discussions informelles avec certains, pour qui les séances ont eu un réel impact. Certains fumeurs regrettent donc qu'il n'y ait pas de suivi systématique après le module, manifestant parfois un sentiment « d'être livré à eux-mêmes » voire même d'inquiétude, un **besoin** d'être accompagné sur du plus long terme s'est donc fait ressentir. La mise en œuvre d'un suivi comporterait, selon eux, quelques avantages : maintenir/renforcer leur motivation à diminuer/arrêter, objectiver leurs efforts tout en maintenant une relation de confiance avec le tabacologue. Néanmoins, d'autres estiment qu'après les 5 séances, il s'agit d'une responsabilité individuelle.

« P4 : Je pense que pour moi le négatif c'est pour l'avenir quoi ... parce qu'on ne les aura plus à nos côtés donc si on a besoin d'aide, il faudra qu'on aille voir ailleurs (...) on connaît maintenant les deux filles ici, ça aurait peut-être été plus facile qu'elles reviennent 2-3 fois pour avoir un meilleur suivi, si on a des questions à leur poser et tout ça que de reprendre encore quelqu'un d'étranger (...) » (F1-P, L321-326)

Concernant l'impact du SEPT dans le temps, quelques avis contradictoires se sont manifestés. D'une part, selon une minorité d'acteurs psychosociaux, le module du SEPT est de temps à autre abordé brièvement par leurs bénéficiaires reçus en entrevues individuelles après leur formation. D'autre part, un stagiaire provenant d'une autre institution contre- exemple ce fait puisque pour lui, leur intervention est déjà passée inaperçue à peine quelques semaines après leur venue.

« (...) on en parle pas déjà plus ... on parle plus du tabac, on parle plus des séances qu'on a eu et quand on est en pause il y a personne qui regarde qui fume quoi et combien donc voilà ... » (E8-P, L170-182)

Manque d'outils interactifs et de participation active

L'ensemble des catégories d'acteurs met aussi en évidence un manque d'outils davantage interactifs/didactiques, les animateurs du SEPT étant conscients de cette nouvelle demande. Ainsi, certains stagiaires déplorent ne pas être toujours actifs à 100%.

« P6 : c'est ça qui est un peu long en fait ! On aimerait bien, juste comme maintenant par exemple juste le fait qu'on parle tous ensemble et qu'on participe tous on est tous emballé ! » (F3-P, L107-108)

« P10 : parler plus, travailler plus avec le groupe, prendre plus la parole parce que franchement aujourd'hui ça été nickel, vraiment ça été mais les autres fois ... » (F3-P, L289-290).

Au vu de ces éléments, les participants et/ou les acteurs psychosociaux ont proposé quelques pistes d'amélioration. Parmi elles, la mise en place d'un suivi, l'introduction d'outils adaptés, le maintien des groupes fermés et une implication renforcée des stagiaires ont fait écho à ces points plus « négatifs ». Afin d'éviter les redondances et d'y apporter un éclairage plus théorique, ces pistes seront approfondies dans la discussion. En effet, ces recommandations peuvent être considérées comme des perspectives futures éventuelles pour la pratique du SEPT, d'autant plus qu'elles proviennent directement du terrain.

III. Discussion

Désormais, nous discuterons les principaux résultats présentés au préalable afin d'apporter une réponse à notre question de recherche : comment la pratique du SEPT rencontre-t-elle les besoins et les attentes des fumeurs précarisés qui sont confrontés au module « mise en projet » ? Ensuite, nous aborderons les implications pour la pratique du SEPT (« recommandations ») et passerons en revue les biais et limites de notre étude.

3.1. Les principaux résultats

Nous réaliserons dans cette section une synthèse interprétative des différents éléments clés ressortis lors de notre travail et les comparerons à la littérature. Ils seront proposés selon la structure utilisée dans la section « résultats », reprenant ainsi les grandes composantes du programme du SEPT.

Dans un premier temps, il est essentiel de rappeler brièvement la théorie de programme du module « mise en projet » mis en place par le SEPT. La représentation proposée provient donc initialement de notre construction reposant sur la littérature grise (rapports d'activités, fiches projet, conventions, site web du SEPT) et a été complétée par l'observation et les entretiens avec les chargés de projet du SEPT. Nous proposons donc un schéma synthétique (cf. Annexe 10) reprenant ses différentes composantes. Dès qu'il en est question, nous mettrons en évidence les différences relevées entre la « théorie » et la pratique effective. Cette figure permettra également au lecteur de se situer dans les principaux résultats puisqu'ils sont agencés de la sorte.

3.1.1. Contexte et facteurs externes

Particularités des fumeurs interrogés, le lien avec leur statut socio-économique

Le statut socio-économique de notre échantillon est qualifié de faible au vu de leurs bas revenus (allocations de chômage ou revenu d'intégration), de leur statut professionnel (chômeurs ou bénéficiaires du revenu d'intégration) et de leur niveau d'éducation (CEB) [5,29]. Ces différents indicateurs sont étroitement liés à la consommation tabagique qui s'est vue majoritaire dans notre échantillon. Différents facteurs personnels/sociaux étroitement liés à un faible SSE [22,31] et pouvant influencer négativement la consommation tabagique, ont été relevés par les fumeurs et les acteurs psychosociaux. On y retrouve ainsi une inquiétude pour l'avenir, l'absence de projection, un niveau de littératie plus limité, une faible estime de soi et un isolement social.

Modalités de participation

L'implantation du module du SEPT est réalisée exclusivement à la demande des structures psychosociales. Les acteurs psychosociaux rencontrés ont ainsi pu fixer leurs exigences en termes de modalités de participation. De ce fait, la plupart des participants ont été contraints d'y participer, ces séances « tabac » faisant partie de leur formation d'insertion socio-professionnelle globale. Cet élément peut être interpellant puisqu'il ne favorise en rien une approche participative / ascendante et un engagement actif de l'ensemble des *stakeholders*, comme recommandé [93,94]. Une hypothèse serait que la contrainte garantirait un taux de participation raisonnable. En effet, nombreuses formatrices sociales ont pointé de grandes difficultés lorsqu'il s'agissait de faire émerger des demandes ce qui a été confirmé par l'ensemble des participants contraints. Ils ont tous admis qu'ils ne se seraient pas présentés si la participation avait été libre. Cependant, ils ont reconnu la nécessité de cette modalité puisque beaucoup y ont trouvé un intérêt (aménagements comportementaux, évolution des représentations, amélioration des connaissances,). Quant aux fumeurs volontaires, la première séance a été fortement recommandée, laissant par la suite le choix aux fumeurs de se présenter. A ce stade, des questions nous viennent à l'esprit : la contrainte constitue-t-elle le principal point d'accroche du SEPT ? Sans cela les modules « mise en projet » seraient-ils en danger ?

3.1.2. Besoins

L'intervention du SEPT (« mise en projet »), une réponse à quels besoins ?

Répondre à ce questionnement n'est pas chose simple. En effet, nous présentons quelques difficultés à cerner nettement les besoins de notre population. Les fumeurs rencontrés ne se sont que très peu avancés sur le sujet lors de nos entrevues. Ainsi, peu de besoins ont été exprimés par les bénéficiaires, souvent davantage supposés par les acteurs psychosociaux. Ces fumeurs désignaient-ils clairement leurs besoins ? Etaient-ils latents, ressentis ?, Connaître ses propres besoins et les partager demande sans doute du temps et un travail sur soi-même ... Quoi qu'il en soit, dans un premier temps, aucun besoin de sevrage n'a été exprimé par les participants. De ce fait, initialement, nous avons relevé que la contrainte expliquait clairement la participation de la majorité de ces groupes rencontrés. Le groupe « volontaire » a tout de même manifesté un besoin de diminuer sa consommation et pour ce l'obtention de conseils et d'accompagnement. Un intérêt particulier à aborder d'autres problématiques « de santé » telles que l'alimentation, l'activité physique, (...) également concernés par les inégalités sociales de santé s'est dégagé lors de nos entretiens, le tabagisme n'étant pas le seul comportement à risque de cette population [17]. La littérature démontre bien qu'un SSE faible est corrélé à un état de santé physique et psychologique plus désavantageux et à une moindre utilisation des programmes préventifs [95]. Les acteurs

psychosociaux mettent également en évidence la nécessité de s'intéresser à des besoins plus fondamentaux (problèmes d'hygiène, difficultés à la lecture/écriture, logement, savoir être ...), constituant des barrières sur le marché du travail. Décrocher un emploi ou une formation qualifiante semblerait également constituer un besoin, une priorité pour notre échantillon. Certains ont aussi rapporté lors de notre rencontre être inquiets pour leur avenir, les poussant davantage à fumer. Ceci pourrait entre autre, selon nous, s'expliquer par l'absence de stabilité professionnelle. Lindstrom et al (2012) mettent en évidence que les chômeurs et les employés à fonction manuelle présentent des besoins de santé non comblés plus importants que les individus à SSE plus élevés. Les difficultés financières ont ainsi été rapportées comme étant la raison qui ne leur permettait pas de recourir à des soins de santé alors que les plus aisés déploraient plutôt un manque de temps [95] ; Dans un des groupes rencontrés, l'argent était aussi souvent cité comme une barrière, tout étant toujours, selon eux, une question d'argent. Un besoin financier était-il, dès lors, sous-jacent ? Lors de nos entrevues, certains fumeurs ont tout de même exprimé, en réponse à leur participation aux séances « tabac », un besoin d'être accompagné à long terme dans leur processus, besoin auquel le SEPT ne répond pas et pouvant être perçu comme une limite. Le suivi via les acteurs psychosociaux préconisé par le SEPT n'étant que très peu établi, ces bénéficiaires ont réclamé la mise en place d'un suivi post-intervention (cf. perspectives futures). Ils ont ainsi souligné qu'ils avaient tissé un lien avec le tabacologue avec lequel ils se sentaient en confiance. De ce fait, certains d'entre eux ne souhaiteraient pas réaliser à nouveau une telle démarche auprès d'autres professionnels alors qu'une relation de confiance avait déjà été créée.

Selon nous, le principal lien qui unit les tabacologues aux structures psychosociales et à leurs fumeurs émane d'un besoin de recréer du lien entre les individus. Certains ont, en effet, laissé transparaître un besoin de s'exprimer/de partager avec leurs pairs, élément confirmé par leurs formatrices sociales. En proposant ces séances, le SEPT a, selon les fumeurs, permis notamment de (re)créer du lien, de développer un sentiment d'empathie et de favoriser un sentiment d'appartenance, essentiel à la création d'une communauté ou tout simplement permis de sortir de chez soi Par contre, quelques stagiaires ressentaient également le besoin d'interagir (confirmé par la majorité des acteurs psychosociaux), ce qui n'a malheureusement pas été rempli, selon eux, par le SEPT. Pour ces derniers, un manque d'interactions et la place parfois trop dominante du tabacologue a réduit le temps d'échange entre stagiaires. Notons tout de même que certains ont apprécié parler à tour de rôle et n'ont pas avancé de dires négatifs à ce sujet.

Enfin, le module « mise en projet » sert aussi de tremplin aux acteurs psychosociaux pour aborder des compétences transversales (liées étroitement au savoir, savoir-être et développement personnel) avec leurs stagiaires.

Et si, au-delà de la prévention tabagique, resserrer les liens entre les bénéficiaires et travailler sur de telles compétences constituaient «le curriculum caché» du SEPT ? Ces éléments sont porteurs dans le domaine de la santé publique. En effet, au vu des différents déterminants sociaux de la santé et de son caractère multidimensionnel, contribuer à améliorer leurs compétences dans le domaine de l'emploi, de l'éducation (visant leur autonomie sociale) aboutira déjà à une amélioration de leur santé [17].

3.1.3. Objectifs

Les objectifs formulés théoriquement par le SEPT ont été poursuivis en pratique et ont majoritairement été rencontrés. Il est tout de même pertinent de revenir sur les buts spécifiques au vu des expériences opposées soulevées chez les fumeurs. En effet, l'atteinte du sevrage n'étant pas visé dans un premier temps par le SEPT a suscité chez la majorité une certaine satisfaction (absence de pression, respect des choix personnels, accroche...). Néanmoins, même s'ils ont clairement été formulés en 1^{ère} séance, nous avons observé ou relevé à travers les entretiens, qu'ils n'avaient pas toujours été bien interprétés par quelques fumeurs (comparaison de leur évolution systématique à un sevrage non réussi).

3.1.4. Activités du SEPT

Séances en groupe

Les séances en groupe proposées par les tabacologues ont été appréciées par les acteurs psychosociaux et l'ensemble des participants, qui ne se s'attendaient de toute façon pas à des entrevues individuelles. L'efficacité d'un accompagnement en groupe a été démontrée dans la littérature (au même titre que l'approche individuelle) en comparaison à l'auto prise en charge ou à l'absence d'intervention [56]. Les nombreux avantages de la thérapie en groupe mis en lumière par les participants concordent assez bien avec la littérature puisqu'ils ont communément cités le partage d'expériences, une forme de soutien, l'influence positive des pairs et la mise en commun de pistes de changement [57,58]. Le renforcement des liens entre collègues et le temps de parole accordé ont également été cités par les bénéficiaires, propos cohérents à l'égard des besoins énoncés précédemment.

Au vu du caractère « obligatoire » imputé à la participation, le SEPT ne travaille pas avec des groupes fermés comme ils l'avaient prétendu théoriquement ce qui n'a d'ailleurs pas été bien perçu par tous les fumeurs concernés (cf. perspectives d'avenir). Quant au groupe volontaire, même si la formatrice insiste sur leur engagement, le nombre pouvait également varier. Bauld & al (2013) [57] distinguaient les groupes fermés des groupes ouverts, plus enclins à une individualisation du programme, et qui semblaient plus efficaces. Le SEPT ne remplit pas non plus ces conditions

puisque les individus n'ont pas toujours le choix d'y participer et ne propose que très peu de personnalisation même si la pratique effective nous a montré quelques adaptations à la demande des participants (ajout d'une séance, ~~imageries publicitaires~~).

Concernant la nature des groupes, les groupes contraints se sont montrés hétérogènes sur le statut tabagique, une minorité de non-fumeurs étant présents par obligation (séances faisant partie intégrante de leur formation d'insertion socio-professionnelle). Cependant, la majorité des non-fumeurs rencontrés n'a pas manifesté de réel intérêt au module proposé par le SEPT justifiant principalement leur présence par obligation, par respect ou soutien pour leurs condisciples fumeurs ou mieux par l'enrichissement de leur culture générale. De ce fait, tous les non-fumeurs n'ont pas défini clairement de mini-défis (relatifs à toute autre « addiction ») et s'ils avaient eu le choix, la majorité d'entre eux ne se serait pas représentée. Notons cependant qu'un petit nombre de non-fumeurs a pris à cœur le module, l'un d'entre eux a par exemple stoppé sa consommation de boissons énergisantes. A contrario, le groupe « volontaire » était exclusivement composé de fumeurs, leur formatrice sociale approuvant cette homogénéité. Au vu de leurs expériences, la présence des non-fumeurs est-elle si adaptée ? ..., un groupe composé exclusivement de fumeurs semblant tout autant fonctionner ...

Intervention sur les lieux de vie

Afin de remplir leurs objectifs, le SEPT effectue notamment une démarche pro-active en se rendant sur le lieu de formation de leurs bénéficiaires. Le recours aux soins et à la prévention n'étant pas réparti équitablement selon les strates de la population, appréhender les groupes sociaux défavorisés dans leur environnement de vie a été mentionné comme étant une piste sérieuse à poursuivre [54]. Cette approche a suscité deux types de réactions chez les participants. D'une part, et ce pour certains stagiaires « contraints », une incompréhension quant à la place de la prévention tabagique dans leur formation, n'influençant en rien leur recherche d'emploi. D'autre part, la visite du SEPT a été perçue positivement par la majorité puisque, pour eux, cette rencontre est en totale cohérence avec leur nouveau départ dans la vie active. Ils soulèvent également qu'il s'agit d'une opportunité de rencontrer pour la première fois un tabacologue, et ce gratuitement et que sans cette démarche pro-active ils n'auraient jamais pris l'initiative de recourir à un service d'aide à l'arrêt. Ce fait est en cohérence avec les résultats de l'étude de Dickinson & al (2016) qui a étudié l'impact d'un service mobile (SSS) dans les lieux publics anglais [52] puisqu'il en résulte que la population rencontrée fréquentait également un tel service pour la première fois. Cette dernière était davantage constituée d'individus ayant des professions manuelles, supposant un statut socio-économique plus faible, tout comme notre échantillon. Les auteurs ont également mis en lumière que les fumeurs démarchés n'avaient pas réfléchi auparavant à un éventuel arrêt, tout comme la majorité des

fumeurs que nous avons interrogés, qui rappelons-le se situent exclusivement dans les premiers stades prochaskiens. Les fumeurs présents dans les 2 groupes contraints n'avaient, en effet, jamais entamé de processus de réflexion à l'égard d'un sevrage. Quant au groupe volontaire, leur réflexion était plus aboutie. Cependant, Dickinson & al (2016) [52] ont également relevé dans leur étude des taux de sevrages inférieurs, une tentative de cessation non envisagée sur le court terme et un suivi moins important de ces fumeurs. Il en est de même dans notre recherche puisqu'à la fin des séances, une minorité ont arrêté ou envisagent un arrêt complet dans l'avenir (deadline non fixée) alors que d'autres se contenteront d'une diminution. Maintenir son comportement tel qu'il est a également été ressorti chez un petit nombre.

3.1.5. Stratégie du sept – référence théorique

Le modèle de Prochaska et Diclemente (MTC), adapté à la réalité ?

Selon les tabacologues du SEPT, le modèle de Prochaska et Diclemente [84] est le repère théorique le plus adéquat dans leur pratique, en cohérence avec leurs objectifs spécifiques. Ils y ont cependant apporté une différence d'interprétation, notons-le, quant au stade *Action*. Tandis que les théoriciens font équivaloir à ce stade un engagement du sevrage (abandon complet du comportement), l'équipe wallonne assortit à l'*Action* tout changement comportemental affectant la consommation des participants qui, de fait, font l'expérience d'une privation volontaire sur un laps de temps parfois limité. Cette adaptation leur semble nécessaire au vu de leur public captif, souvent non demandeur d'une perspective d'arrêt (*pré-contemplation à contemplation*).

Si on se réfère strictement au MTC [84], l'évolution vers un stade de changement supérieur s'est vue majoritairement atteinte mais n'a dépassé que très rarement le stade de préparation. Ainsi, généralement, le stade « *Action* » et « *Maintien* » au sens strict ne sont que très peu d'actualité, d'autant plus que le nombre de séances est très limité dans le temps.

De plus, même si leur approche laisse, selon les professionnels de santé, une place à la flexibilité et l'adaptation, l'organisation et la structure de leur module sont fixées au préalable (1 séance = 1 stade de changement) et ne permettent pas de partir des besoins/attentes des participants. Il serait donc judicieux de s'intéresser plus attentivement aux besoins réels des bénéficiaires faisant ainsi référence à l'évaluation des besoins selon Rossi et al [96] (cf. perspectives d'avenir).

Enfin, en s'attardant sur les premiers cycles de Prochaska, ils espèrent amener une certaine forme d'ambivalence chez les fumeurs satisfaits ou aider les fumeurs plus avancés à quitter une certaine forme d'ambivalence, qui peut se manifester pendant plusieurs années. Ce repère théorique est, selon eux, nécessaire pour s'attarder aux différentes étapes de maturation d'un processus décisionnel. A contrario, Robert West affirme que l'absence de planification favorise la réussite d'un sevrage et ce même chez les groupes défavorisés [88]. Les tabacologues du SEPT

reconnaissent néanmoins qu'une bonne part des sevrages tabagiques, s'ils **sont totalement motivés**, s'effectuent spontanément, sans accompagnement structuré.

3.1.6. Facteurs contributifs à la réussite du programme

Le taux de participation aux différents modules s'est avéré tout à fait satisfaisant même si les motivations à entreprendre ces séances diffèrent selon les modalités de participation. En effet, les groupes dont la présence était obligatoire ne présentaient aucune motivation intrinsèque, la contrainte étant leur seul moteur et constituant ainsi un des points d'accroche. Le non jugement, l'absence de pression vis-à-vis de l'arrêt, le respect des choix personnels et la relation de confiance avec le professionnel de santé sont aussi mis en place par le SEPT pour tenter d'appréhender leur public, non demandeur. Ces éléments ont, de ce fait, été perçus par une majorité des fumeurs comme ayant favorisé leur attention pour le SEPT. Quant au groupe « volontaire », une forme d'ambivalence et l'entraînement par les pairs les ont poussés à se présenter. Concernant les motivations à poursuivre ce module, nous y avons distingué 3 « types » de motivation : par contrainte, par intérêt et celle qui fait réellement sens (intrinsèque), reflétant ainsi une diversité d'avis. La majorité des participants ont davantage évoqué des motivations à participer plus extrinsèques (sentiment de contrainte, curiosité, temps de parole, partage d'expériences). Seule une minorité de fumeurs (volontaires ET contraints) ont justifié leur participation continue via des motivations intrinsèques. Parmi elles, le plaisir de participer et l'utilité (liée à un changement de comportement) ont émergé tout comme dans l'étude de Benson et al (2014) [89]. Le dépassement de soi (défi) et l'objectivation des efforts mis en place ont été également rapportés dans notre travail. Quant à l'engagement et la relation de confiance que ces auteurs émettent, ils ont également été abordés par nos fumeurs sans être explicitement cités comme moteur à participer. Dans leur étude qualitative, Benson et al attirent les motivations intrinsèques aux fumeurs dits « fréquents », c'est-à-dire ayant raté maximum 2 sessions. Dans notre étude, nous ne pouvons pas nous avancer sur le sujet, la présence « obligatoire » évoquée dans la majorité des groupes constituant un biais.

3.1.7. Résultats

Quid de l'efficacité du SEPT ?

Il est épineux pour le SEPT de « prouver » leur efficacité, comme la littérature l'entend (abstinence tabagique à 6 mois). En effet, au vu des **moyens** déployés (ressources humaines, financières, matérielles limitées), le SEPT n'a **aucune donnée** pertinente permettant d'étudier l'efficacité de leurs interventions à moyen et long terme. En effet, **aucun suivi** n'est prévu, ce qui limite leurs résultats à du court terme (à 5-6 semaines).

Adaptation des indicateurs

Etant subventionné par la région wallonne en tant que *service d'aide et de soins spécialisés dans les assuétudes*, le SEPT doit rendre des comptes et justifier ses prestations. Ainsi, l'impossibilité des tabacologues à avancer une efficacité potentielle de leurs actions, les a donc poussés à penser d'autres indicateurs de qualité, dépassant exclusivement le taux de sevrage. De ce fait, afin de maintenir leur pratique, les chargés de projet ont repéré des « marqueurs » comportementaux, représentationnels, cognitifs, et de satisfaction permettant d'identifier, à court terme, les changements potentiels. Ces indicateurs, sont à leurs yeux, en totale cohérence avec leurs objectifs. Ils reflètent également, selon eux, leur pratique « différente » (appréhender des fumeurs non demandeurs d'une perspective d'arrêt dans leur environnement) pour qui, le nombre de patients rencontrés, le % de cessation obtenue, le nombre de dossiers clôturés ... n'apporteraient donc aucun intérêt.

La majorité de ces indicateurs ont été relevés lors de notre analyse manifestant les principaux changements (comportementaux, cognitifs, représentationnels) chez une bonne part des fumeurs même si une minorité n'a relevé aucune évolution positive. Les acteurs psychosociaux ont majoritairement été satisfaits des résultats obtenus, reflétant ces indicateurs puisqu'ils coïncident avec les objectifs qu'ils visaient. Néanmoins, une formatrice sociale présente un avis plus mitigé, démontrant une certaine déception face aux changements obtenus dans son groupe. Selon elle, aucun changement observable ne s'est manifesté, réduisant le SEPT à un groupe de parole. En suivant son raisonnement, le choix des indicateurs est-il pertinent ? Ont-ils été bien définis et compris par les différents acteurs ? Reflètent-ils suffisamment leur efficacité prétendue ?

Méthodes d'évaluation du SEPT

Au cours de nos rencontres et observations, il en est ressorti que les supports d'évaluation utilisés n'étaient pas adaptés à la population précarisée rencontrée (consignes confuses, omissions, incompréhension de certains termes ...). Un faible niveau de littératie et d'éducation présents chez notre échantillon, nous amène donc à penser que les questionnaires écrits (longs et parfois complexes) distribués par le SEPT ne sont pas adéquats. Les tabacologues reconnaissent néanmoins ces obstacles et tentent d'explorer de nouvelles techniques d'évaluation et de communication plus adaptées.

De plus, les modalités de participation et les contraintes organisationnelles ne sont pas toujours favorables à la distribution des questionnaires pré/post entravant ainsi le bon déroulement de la récolte des données et in fine leurs analyses.

3.2. Perspectives futures : implications pour la pratique

Suggérer des pistes d'amélioration à la pratique du SEPT constituait l'utilité principale de notre travail. Ces recommandations découlent tant de nos questionnements et réflexions que des propositions émises par les bénéficiaires et acteurs psychosociaux (principaux concernés), ce qui permettrait de répondre plus spécifiquement à leurs besoins et attentes. Parmi leurs demandes respectives, on retrouve principalement le maintien des groupes fermés, l'utilisation d'outils interactifs, la promotion d'une démarche participative et la mise en place d'un suivi, exprimé comme un besoin pour certains. Ces deux dernières soumissions sont également soulignées par Blum Boisgard & al et Milat & al [93,94] qui les considèrent entre autre comme étant des facteurs de réussite d'une intervention en santé publique.

3.2.1. Favoriser une démarche plus participative

Quelques stagiaires auraient souhaité participer davantage activement aux séances, se sentir vraiment acteurs dans la démarche. Selon Apata & al (2016), donner un plus haut degré de pouvoir dans la prise de décision est, en effet, favorable puisque dans son étude américaine, les taux de sevrage des populations défavorisés se sont vus augmenter [66]. Andrews et al confirment également d'inclure tout au long du processus l'ensemble des stakeholders. Bonevski et al (2014) ont également soulevé, à travers une revue systématique, différentes pistes pour améliorer la participation des individus défavorisés dans une intervention de santé. Ainsi, intégrer la communauté dès la genèse des interventions, adapter la communication du message de santé et impliquer les pairs à l'action ont été suggérés [97].

Etonnamment, cette dernière piste a aussi été proposée par un des fumeurs rencontrés, laissant transparaître d'impliquer davantage les pairs tout au long du processus. En effet, il proposait de subdiviser le groupe afin qu'un stagiaire fumeur joue le rôle du tabacologue, motivant ainsi « ses troupes ». Selon lui, l'impact à long terme serait beaucoup plus retentissant en préconisant leur implication active.

« P8 : c'était fort individuel je trouve, on parlait fort de son cas donc on prend les conseils mais par contre quand on est plusieurs on est beaucoup plus aidé ; tabac stop par exemple il faut téléphoner pour pas être tout seul bah là c'est le même si il y a quelqu'un dans un groupe qui arrive à motiver les autres, comme si il était le tabacologue du groupe ça ça aurait été pas mal ! » (E8-P, L191-196)

Boscoe & al (2010) [65] se sont particulièrement intéressés au partenariat entre le professionnel de santé et les pairs lors de séances de groupe hebdomadaires réalisées dans des lieux familiers (tout comme le SEPT) à destination des femmes canadiennes à faible revenu. Cette collaboration pourrait en effet apporter divers avantages tels que la valorisation de l'expérience, la crédibilisation des informations, l'encouragement, le soutien mutuel, impacter positivement le comportement

tabagique et renforcer les compétences. Cliford et al (2013) [64] confirment ces bénéfices même s'ils restent prudents sur l'efficacité engendrée à long terme. Toutefois, ces auteurs restent très optimistes puisque le soutien par les pairs leur permettrait de renforcer leur soutien social, qualifié de faible dans la littérature [4, 22, 64]. A noter tout de même que le public de l'étude de Boscoe est exclusivement composé de femmes et que des entrevues individuelles ont été proposées en parallèle avec un pair initialement formé, accompagnement non offert par le service wallon [65]. Néanmoins, impliquer davantage les pairs présenterait le mérite d'être creusé, d'autant plus qu'ici, un besoin de recréer du lien a aussi été soulevé.

Pour rester dans cette optique, mettre en place une stratégie communautaire est considéré comme une des conduites à adopter pour faire face aux inégalités sociales de santé [17]. Ainsi, en garantissant la participation et l'engagement de tous les acteurs de la communauté (« prérequis »), il sera question de rendre du « pouvoir » aux individus défavorisés et de renforcer leurs capacités tout en valorisant leur potentiel [98,99]

Privilégier les méthodes et outils davantage interactifs (images, vidéos, jeux, témoignages, outils « manipulables », ...) a aussi été suggéré par certains stagiaires et leurs formatrices. Pour ces derniers, utiliser ces techniques est aussi un bon moyen de favoriser la participation. Nous renforçons cette piste puisqu'elle permettrait de répondre à un besoin d'interagir.

« F : (...) peut-être des images, et peut-être, là je vais peut-être loin mais peut-être des visites ou par exemple, je sais que sur internet, il y a, je l'avais déjà regardé il y a quelques temps, une vidéo où on voit le corps d'une femme/homme avec les différentes zones du corps humain sur lequel le tabac agit et les effets nocifs que ça a, ça je trouve que voilà... » (E2- APS , 168-172)

« P1 : par exemple montrer aussi les organes

P5 : avec les yeux c'est parfois plus efficace qu'avec les oreilles !!

P10 : ouais mais regarde les images sur les paquets de tabac on les regarde pas ... (...) , parce que franchement le reste c'était bien !

P1 : ça percuterait peut-être plus ... c'est comme la machine en fait, quand il nous le dit on s'en fout mais quand on le fait là on s'en rend compte ...

P2 : une vidéo avec des témoignages de personnes

P10 : faire un petit test par exemple, fin je sais pas, quelque chose pour faire interagir les gens ?

P5 : c'est comme au musée des sciences, j'ai vu le vrai poumon d'un fumeur et ça m'a choqué quand même ! le fait de le voir devant toi ! » (F3-P, L532-543)

3.2.2. Mise en place d'un suivi

En réponse au besoin de poursuivre leur cheminement avec les tabacologues, certains fumeurs ont donc suggéré de mettre en place un suivi, requête également approuvée par quelques acteurs psycho sociaux. Concrètement, certains proposent un accompagnement mensuel, de groupe ou individuel, les deux formats ayant été évoqués

« P4 : peut-être pas toutes les semaines mais une fois par mois

P3 et P5 : ouais une fois par mois ça serait bien !

P5 : même pas toute la matinée mais au moins une heure quoi ... même chacun son tour pour dire un peu comment ça se passe

H : plus sur quelque chose d'individuel ?

P3 : non pas forcément, même en groupe

P5 : bah même pas, mais si même après c'était individuel ça permettrait de voir comment ça se passe
P4 : pour voir l'évolution quoi ... » (F1- P, L532-543)

Le SEPT étant bien conscient de cette lacune, déplore néanmoins un manque de temps, de moyens, un questionnement éthique et des contraintes externes (changement de coordonnées par exemple). Boland et al (2017) stipulent que le taux de suivi des populations à faible SSE est moins important que chez ceux ayant un SSE élevé, le changement de coordonnées étant également supposés. Les auteurs ajoutent également que l'instabilité de logement, un abus de substances, un faible niveau d'éducation et d'alphabétisation (...) pourraient aussi expliquer cette différence [100]. De ce fait, nous proposons donc de tenter à nouveau la collaboration avec les médecins généralistes (MG) des fumeurs désireux de poursuivre leurs efforts dans leurs tentatives d'arrêt. Le lien de confiance tissé avec le SEPT, relevé par les stagiaires, pouvant ainsi être maintenu avec leur médecin de famille [68]. Ce professionnel de santé, situé en première ligne et de par sa relation de proximité, a, de ce fait, un rôle à jouer dans la prévention, et ce particulièrement chez un public précarisé [101]. Selon l'HISIA, le pourcentage de personnes ayant un médecin généraliste attitré ne diffère pas selon le statut socio-économique. En revanche, en région wallonne (2013), les individus présentant un niveau d'éducation plus faible (niveau primaire) avaient eu, au cours de l'année écoulée, deux fois plus de contacts avec leur médecin généraliste que les individus possédant un diplôme d'études supérieures (6,7 contacts versus 2,8 contacts), confirmant le rôle prédominant de ces professionnels à leur égard. Les maisons médicales (pluridisciplinaire dont un MG) sont également une porte d'entrée puisque les moins instruits semblent également y recourir davantage [102]. La SSMG avait notamment sensibilisé les MG à cette problématique offrant dorénavant des recommandations spécifiques quant au processus de sevrage chez les populations défavorisées [68].

En plus de répondre à un besoin exprimé, la mise en place d'un suivi permettrait aussi au SEPT d'acquérir des **données de qualité**, susceptibles d'avancer une efficacité potentielle à plus long terme.

3.2.3. Maintien des groupes fermés

L'absence de groupes fermés a été vécue négativement par certains fumeurs. Ces derniers proposent donc de poursuivre exclusivement les séances avec ceux qui ont déjà entamé un cheminement. Nous énumérons cependant de nombreux freins, susceptibles d'entraver sa mise en pratique : important « turn over » des stagiaires, participation souvent obligatoire, un module « tabac » ponctuel, quid de l'aspect éthique ? ... Alors, que faire ? Adapter la convention mise en place entre le SEPT et la structure psychosociale à ce sujet ? ... Nous proposons par exemple une démarche de co-construction (entre le SEPT, les fumeurs et les acteurs de terrain) via laquelle une

alternative serait choisie et permettant à chacun de s'y retrouver [99]. Pour illustrer nos propos, nous ciblons particulièrement une des structures psychosociales approchées qui constitue une régie de quartiers [103]. Ainsi en plus de favoriser l'accompagnement socio-professionnel, cette institution renforce la dynamique du quartier par le biais d'activités citoyennes visant l'amélioration des conditions de vie des habitants. De cette manière, impliquer le fumeur dans un des projets communautaires en cours permettrait au stagiaire d'être « dispensé » des dernières séances «tabac » dans lesquelles il se sentirait, je cite, comme un « cheveu dans la soupe ». De ce fait, il s'engagerait pour la communauté dont il fait partie, la cohésion sociale et le développement de compétences transversales notamment recherchées en collaborant avec le SEPT seraient tout autant poursuivis. Dans les autres institutions, d'autres actions « collectives » sont également pensées (préparation de colis alimentaires, cuisine de collectivité ...) et permettraient également d'envisager cette proposition.

3.2.4. Evaluation des besoins

Au vu des difficultés rencontrées lors de la description des besoins, il serait judicieux de s'y attarder davantage. Evaluer clairement les besoins des fumeurs rencontrés constitue donc une première piste, que ce soit pour les acteurs psychosociaux et le SEPT. Cette analyse plus poussée est d'autant plus motivée puisque le SEPT « justifie » notamment son intervention sur base de la littérature. Ainsi, ils pourraient se poser les questions suivantes : « Est-ce que le choix du problème et de l'intervention sont pertinents ? Y-a-t-il des problèmes plus prioritaires ? Le programme du SEPT permet-il de répondre aux besoins des participants ? » [72,96]. Pour ce faire, Rossi et al (2008) [96] se sont largement penchés sur la question, considérant l'évaluation des besoins du point de vue de tous les acteurs dont la population cible comme faisant partie intégrante du processus évaluatif. Ces besoins sont donc spécifiques d'un groupe à l'autre, impliquant ainsi d'adapter l'intervention. En 2010, le consortium européen « Détermine » (2010) rapporte également qu'il est indispensable que les interventions permettent aux individus défavorisés de mettre en place des actions qui correspondent à leurs besoins réellement identifiés et perpétuellement évalués [99]

3.2.5. Evaluation

En s'intéressant aux méthodes d'évaluation du SEPT, une proposition nous est parvenue. En effet, un accompagnement méthodologique relatif à l'évaluation se verrait pertinent afin d'améliorer leur processus évaluatif, qualifié par Dagenais et al (2012), comme un processus continu et d'amélioration [72]. Rossi et al (2008) appuient ces propos en accordant une importance aux différents échelons de l'évaluation, manifestant donc cette continuité primordiale [96]. Les chargés de projet du SEPT ont également, lors de notre entretien, relevé l'importance de se remettre

perpétuellement en question afin d'améliorer leurs interventions. Nous laisser nous immerger dans leur travail quotidien et poser un regard critique sur leur pratique en est un exemple ...

Qui dit accompagnement/ formation complémentaire, dit financement...Les autorités locales dégageraient-elles des fonds à cet effet ? La formation en tabacologie proposée par le FARES pourrait par exemple constituer une des portes d'entrée à ce soutien, en proposant lors de ses cursus, l'enseignement de concepts méthodologiques et d'outils adaptés, essentiels lorsqu'il s'agit de mettre en place une intervention en santé publique. Même si cette réflexion dépasse le cadre strict du SEPT, elle nous semble malgré tout pertinente puisque cet angle d'apprentissage est à notre sens trop peu développé dans cette formation de référence (FARES).

D'ordre plus pratique, les supports d'évaluation du SEPT n'étant pas parfaitement adaptés à leur public précarisé, Il serait bon de privilégier la communication orale, les supports visuels, la simplification des textes tout en les rendant explicites ... [17].

Pour aller plus loin, et en parfaite cohérence avec la demande de certains fumeurs interrogés d'être davantage impliqués et actifs dans les séances du SEPT, il serait idéal de recourir à « *l'empowerment evaluation* », un type d'évaluation participative [72, 104,105]. Dans ce cas, les fumeurs ne seraient plus « soumis » aux questionnaires mais plutôt activement impliqués dans le processus d'évaluation (planification, gestion et réalisation du projet) auquel ils prennent part puisqu'ils en feraient partie intégrante et seraient reconnus en tant qu'acteurs. Ainsi, il s'agirait d'accroître leurs capacités et les rendre davantage autonomes. En termes d'exemples, les fumeurs pourraient définir les indicateurs de qualité, élaborer un support d'évaluation qui leur semble adapté, animer des « focus group » faisant office d'évaluation plus « qualitative », s'approprier la formulation des objectifs (avec leurs « propres » mots ») ...

3.3. Limites/biais de l'étude

Dans un premier temps, les résultats sont à interpréter avec précaution. En effet, ils ne sont pas généralisables et sont donc représentatifs de la population. Dans un deuxième temps, lors de la récolte des données, il était question de recourir à un échantillon de convenance. En effet, les personnes rencontrées ont, au-delà des critères d'inclusion, été choisies selon les contraintes organisationnelles. De plus, les institutions approchées, ont aussi été sélectionnées selon le calendrier du SEPT et ont toutes les trois étaient en relation avec ce service, ce qui pourrait supposer qu'a priori leur opinion y était assez favorable. Un autre point essentiel à noter pouvant aussi constituer un biais est que les participants interviewés ont tous participé au moins à 2 séances. Les fumeurs n'ayant pas souhaité participer aux séances du SEPT (principalement dans le groupe « participation volontaire ») n'ont donc pas été pris en considération. En effet, la première séance étant fortement recommandée, 40 personnes (fumeurs et non-fumeurs) se sont donc manifestées, ce

qui ne nous permettait pas de recontacter autant de stagiaires vu le temps qui nous était imparti (1h30 par séance). Cependant, il aurait été intéressant d'en sélectionner au hasard quelques-uns afin d'approfondir les raisons pour lesquelles participer à un module de prévention tabagique n'est pas d'actualité (absence de motivation ? manque d'intérêt ? approche en groupe ?). Nous nous interrogeons donc sur l'aspect éthique dans le sens où ces fumeurs ne souhaiteraient peut-être pas, en refusant cette formation, « rendre des comptes ». En abordant les participants « contraints » (la majorité des groupes), nous avons pu néanmoins récolter des avis divergents et s'intéresser à ceux qui n'avaient participé qu'à une ou deux séance(s). Il en est de même avec les structures psychosociales, nous aurions pu également nous focaliser sur les institutions qui ont refusé la collaboration avec ce service de prévention tabagique. Nous avons cependant eu l'occasion d'interroger les acteurs psychosociaux et les bénéficiaires sur les raisons d'abandon de certains, constituant ainsi une minorité.

Toujours d'un point de vue méthodologique, il est intéressant de s'attarder sur les contraintes organisationnelles et pratiques rencontrées tout au long de l'étude. En effet, les structures psychosociales étudiées, n'ont que quelques plages horaires à y consacrer et sont fixées au préalable avec le SEPT via une convention. Une multitude de thématiques devant être abordées, le temps imparti à la prévention tabagique est limité. Certains focus group auraient cependant mérité plus de temps. Les entretiens individuels quant à eux, se sont déroulés avec plus de flexibilité même si les stagiaires ne souhaitaient pas entraver davantage sur leur temps de travail, leur lieu de formation constituant notre point de rencontre. Un autre élément sur lequel nous pouvons également nous attarder ici est le déroulement des focus group. En effet, quelques « perturbations » telles que haussement de ton, brouhaha, déplacements et/ou sortie du local, discussion informelles ... ont parfois été observés (et ce quelle que soit la modalité de participation) et ont ainsi perturbé leur bon déroulement. Ces différents faits manifestent-ils un manque d'intérêt de leur part ? (participation obligatoire ?, non-fumeurs « contraints » ?, >< participation spontanée ...), une relation de confiance non établie ? un manque d'expérience de ma part, un manque de temps ?...

Nous pouvons également nous interroger quant à ma légitimité et à mon « statut ». Malgré nos précautions visant essentiellement à bien définir mon statut « d'étudiante mémorante », quelques participants ont associé ma présence au SEPT, nécessitant une vigilance de ma part et un rappel de ma neutralité et objectivité.

Le SEPT étant référé comme lieu de stage (FARES et bachelier en diététique), ce service ne m'était pas totalement inconnu avant l'élaboration de ce travail approfondi. Ainsi, il a été question de maintenir une totale transparence en nous focalisant exclusivement sur notre matériau actuel. Utiliser une méthode qualitative suppose également une part de subjectivité du « chercheur ».

Enfin, recourir aux questionnaires du SEPT pour présenter mon échantillon a été bénéfique pour éviter les redondances et bombarder les participants de questions écrites mais a constitué également une limite puisque tous les questionnaires ne nous sont pas parvenus. De plus, en raison de difficultés à l'écrit et à la lecture, les questionnaires récoltés n'ont malheureusement pas été complétés, compris à bon escient.

CONCLUSION

Ce travail avait pour objectif principal de comprendre l'expérience des fumeurs précarisés à l'égard de leur participation au module « mise en projet » du SEPT. La revue de la littérature effectuée au préalable nous a permis de confirmer qu'il était pertinent de s'intéresser aux fumeurs à faible statut socio-économique au vu de leur « profil » tabagique désavantageux. Les taux de succès de sevrage se sont donc montrés inférieurs chez notre population, pouvant notamment être expliqués par les différents facteurs individuels, sociaux, liés aux conditions de vie et contextuels que nous avons dévoilés. Quant aux interventions, la littérature nous a montré qu'elles étaient davantage efficaces lorsqu'elles étaient ciblées. C'est le cas du SEPT, qui en région wallonne, s'intéresse spécifiquement aux fumeurs défavorisés. Ce service wallon propose ainsi un module de groupe « mise en projet » dont sa théorie de programme, rapportée précédemment, nous a permis de dévoiler quelques particularités : aller à la rencontre des fumeurs a priori non demandeurs d'une perspective d'arrêt, issus de structures psychosociales, là où ils sont et là où ils en sont !

S'intéresser plus particulièrement à ce service a donc fait l'objet de notre étude. Ainsi, en recourant à une méthode qualitative, nous avons pu, en impliquant les différents *stakeholders* du projet répondre à notre question de recherche : comment la pratique du SEPT rencontre-t-elle les besoins et les attentes des fumeurs précarisés confrontés au module de « mise en projet » ?

Les principaux résultats recueillis dévoilent une expérience globalement positive chez les fumeurs malgré qu'aucun besoin de sevrage n'avait été exprimé (approche « top down »). Un grand nombre de bénéfices comportementaux, représentationnels et cognitifs ont été rapportés par la majorité des stagiaires, même si certains ne relèvent que très peu d'intérêt. La démarche pro-active du SEPT a été soulignée par un grand nombre de fumeurs, leur permettant de recourir pour la première fois à un tabacologue, et ce gratuitement.

En s'intéressant davantage à leurs besoins, leur description s'est avérée complexe (besoins « fondamentaux », financier ?, ...) et demanderait plus de recherches et de temps. Néanmoins, au-delà de la prévention tabagique, le SEPT a permis de (re)créer du lien entre les individus, de développer un sentiment d'appartenance, de s'exprimer et de partager des expériences. Le module « mise en projet » est également perçu comme tremplin par les acteurs psychosociaux afin de travailler sur les différents freins à l'emploi (savoir, savoir être, ...). Quant à la consommation tabagique, certains ont tout de même ressenti le besoin de s'y interroger, diminuer ou arrêter de fumer.

Concernant les besoins/attentes (ressortis) non comblés, ils ont fait office de pistes d'amélioration, principale utilité de ce mémoire. Ainsi pour y répondre, les bénéficiaires ont principalement suggéré de mettre en place un suivi, de les impliquer plus activement dans le projet (outils interactifs, éducation par les pairs) et de maintenir des groupes fermés. Pour compléter, nous avons aussi soumis d'évaluer plus en profondeur les besoins et d'adapter les supports d'évaluation. Les tabacologues remettant constamment en question leur travail dans un souci de progression, nous espérons que ces propositions, confrontées à la littérature, seront considérées.

En termes de perspectives de recherche, nous pensons qu'il serait pertinent d'approfondir certains angles de notre travail. S'intéresser plus particulièrement aux refus des fumeurs réticents à l'égard des séances préventives permettrait d'adapter les accroches et ainsi de mieux cibler ce public. Evaluer les besoins réels des fumeurs précarisés mériterait aussi d'y consacrer des recherches supplémentaires. L'implémentation d'une ou plusieurs mesures proposées en guise d'amélioration permettrait également d'en vérifier sa pertinence et de l'ajuster si nécessaire.

Au-delà du travail académique et des enseignements tirés, rencontrer les stagiaires dans leur contexte de vie a été très enrichissant sur le plan personnel.

Bibliographie

- [1] OMS. Tabagisme : aide-mémoire n°339 ; 2016. [Modifié le 09 mars 2018 ; consulté le 14/04/2018]. Disponible : <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>
- [2] OMS. Recommandations de l’OMS pour la prévention et la prise en charge de la consommation de tabac et de l’exposition à la fumée secondaire pendant la grossesse – Version abrégée. Genève : OMS ; 2014.
[Modifié 2015, consulté le 14/12/2017]. Disponible : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/201662/WHO_NMH_PND_14.3_fre.pdf;jsessionid=084780A4B7BAFBF879FF9DE7347B6AA9?sequence=1
- [3] Martinet Y., Peyrin-Biroulet C & Wirth N. Mieux prendre en charge le tabagisme : il est urgent d’agir. Hugel, [En ligne]. 2014. [consulté le 03/03/2017] ; 2014 4 (2) : 162-69. Disponible : http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/53783/HEGEL_2014_2_162.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [4] Amos A, Bauld L, Fidler JA, Hiscock R & Munafo M. Socioeconomic status and smoking : a review. *Annals of the New York academy of sciences*. [En ligne]. 2012. [consulté le 10/03/2017] ; 2012 (1248) : 107-118. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/pubmed/?term=socioeconomic+status+and+smoking+a+review+hiscock>
- [5] Institut Scientifique de Santé Publique. Enquête de santé 2013 : Rapport 2 comportements de santé et style de vie, la consommation de tabac. ISP. [En ligne]. 2014. [consulté le 05/03/2017] ; 165 – 214. Disponible : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/TA_FR_2013.pdf
- [6] Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of population-level intervention and policies to reduce smoking in adults: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. [En ligne]. 2014 [consulté le 15/11/2017] ; Volume 138 : 7-18. Disponible sur le web : <https://www.sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S0376871614007741>
- [7] Arwidson P. Tabagisme et précarité : quelles stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé dans le domaine du tabagisme ? *La Santé en action* [En ligne]. Mars 2014 [consulté le 11/03/2017] ; volume (427) : 4. Disponible sur le web : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-427.pdf>
- [8] Bauld L, Hackshaw L, McNeill A, Murray R. Improving access to smoking cessation services for disadvantaged groups : a systematic review. *Journal of Public Health*. [En ligne]. 2009 [consulté le 15/09/2017] ; Volume 31 (n°2) : 258-277. Disponible sur le web : <https://academic.oup.com/jpubhealth/article-lookup/doi/10.1093/pubmed/fdp008>
- [9] Moleux M, Scotton C, Schaetzel F. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d’action. IGAS. [En ligne]. 2011 [consulté le 02/10/2017]. Disponible sur le web : http://www.dialoguesocial.fr/files_upload/documentation/201110211634150.Rapport%20IGAS%20Les%20inegalites%20sociales%20de%20sante%20%20D%C3%A9terminants%20sociaux%20et%20modeles%20d'action.pdf

- [10] Charafeddine R, Deboosere P, Lorant V, Van Oyen H. Les inégalités sociales de santé en Belgique. Société et Avenir. [En ligne]. 2010 [consulté le 02/10/2017]. Disponible sur le web : <https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=f0N6ptYoH1oC&oi=fnd&pg=PA1&dq=in%C3%A9galit%C3%A9s+sociales+de+sant%C3%A9+tabagisme&ots=fAnFqySDJ6&sig=5yx3niQW5x7FRUbDpYYF8KpWNe8#v=onepage&q=in%C3%A9galit%C3%A9s%20sociales%20de%20sant%C3%A9%20tabagisme&f=false>
- [11] Jones C, Moquet MJ, Potvin L. Réduire les inégalités sociales en santé, santé en action. INPES. [En ligne] 2010 [Consulté le 14/02/2018] : 1-380. Disponible sur le web : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- [12] Organisation Mondiale De La Santé. Déterminants sociaux de la santé. [En ligne]. 2008 [onsulté le 17/02/2018]. Disponible sur le web : http://www.who.int/social_determinants/fr/
- [13] Organisation Mondiale De La Santé. Combler le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé (conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé). [En ligne]. 2011 [consulté le 17/02/2018] : 2-46. Disponible sur le web http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-FR.pdf
- [14] Hervé C, Stanton-Jean M, Mamzer MF, Ennuyer B. Les inégalités sociales et la santé : enjeux juridiques, médicaux et éthiques. 1^{ère}. Paris : Dalloz, 2015. 20-34
- [15] Bonnefoy J, Brockhoff J, Doohan E, Kelly M, Kristjansson E, Morgan A, Petticrew M, Al. Assessing equity in systematic reviews: realising the recommendations of the Commission on Social Determinants of Health . BMJ. [En ligne]. 2010 [consulté le 25/01/2018]; Volume 341(4739). Disponible sur le web : <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4739.long>
- [16] Galobardes B, Lawlor D, Lynch J, Shaw M, Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). Journal of Epidemiol Community Health. [En ligne]. 2006 [consulté le 13/09/2017]; volume 60 (1):7-12. [Disponible sur le web : <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/pmc/articles/PMC2465546/>]
- [17] Conseil supérieur de promotion de la santé. Les réductions des inégalités sociales de santé : un défi pour la promotion de la santé. [En ligne] Bruxelles : Serge Carabin. 2011. [consulté le 24/03/2018]. Disponible sur le web : <http://labos.ulg.ac.be/apes/wp-content/uploads/sites/4/2014/05/CSPSbrochure-in%C3%A9galit%C3%A9s.pdf>
- [18] Gouvernement Du Canada. Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas ? [En ligne]. 2013 [consulté le 22/02/2018]. Disponible sur le web : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante/pourquoi-canadiens-sont-sante.html>
- [19] Grippa, T, Van Hamme G, Wertz I. Les inégalités d'espérance de vie. Observatoire belge des inégalités. [En ligne]. 2015 [consulté le 22/02/2018] : 1-3. Disponible sur le web : <http://inegalites.be/Les-inegalites-d-esperance-de-vie>
- [20] Observatoire De La Santé Du Hainaut. Tableau de bord de la santé. Province de Hainaut. Santé en Hainaut. [En ligne] 2016 [consulté le 22/02/2018] ; Volume n°12 : 3-206. Disponible sur le web : http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/Sante_en_Hainaut_12_TBS-2016_full_v2.pdf

- [21] Committee on Educating Health Professionals To Address The Social Determinants Of Health. Board on Global Health. Institute of medicine & national academies of sciences, engineering and medicine. A Framework for Educating Health Professionals to Address the Social Determinants of Health, National Academies Press (US). [En ligne]. 2016 [consulté le 19/02/2018] : 1-157. Disponible sur le web : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK395979>
- [22] Bonevski B, Bryant J, Paul C, Twyman. Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups : a systematic review of the qualitative and quantitative littérature. BMJ. [En ligne]. 2014 [consulté le 22/05/2018] ; Volume 4 (12) : 15p. Disponible sur le web : <http://bmjopen.bmj.com.proxy.bib.ucl.ac.be/content/4/12/e006414>
- [23] Ben Ammar Sghari M, Hammami S. Inégalité de santé et déterminants sociaux de la santé. Ethique et santé. [En ligne]. 2016 [consulté le 15/03/2018] ; Volume 13 (4) : 185-194. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S176546291630040X>
- [24] Constance J, Perreti-Watel P. Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention ? Médecine & Hygiène/ Déviance et Société [En ligne]. 2009 [consulté le 11/03/2016] ; volume (33) : 216. Disponible sur le web : https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=DS_332_0205
- [25] Lac Hong N, Lorant V, Prignot J. Pourquoi les populations défavorisées fument-elles plus et que faire en communauté française de Belgique ? Education santé [En ligne]. 2008 [consulté le 02/03/2017] ; volume (231). Disponible sur le web : <http://educationsante.be/article/pourquoi-les-populations-defavorisees-fument-elles-plus-et-que-faire-en-communaute-francaise-de-belgique/>
- [26] TABACSTOP. Les dangers du tabagisme passif. [Consulté le 12/09/2017] Disponible sur le web : <http://www.tabacstop.be/info-pour-fumeurs/pourquoi-arr-ter/effets/le-tabagisme-passif>
- [27] Merson F, Perriot J, Underner M. Le sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité: état des lieux et propositions d'optimisation. Revue médicale de Liège [En ligne]. 2015 [consulté le 18/03/2015] ; volume 70 (1):44-48. Disponible sur le web: <file:///C:/Users/vdb/Downloads/article%20Fred.pdf>
- [28] L'observatoire Wallon De La Santé. Tableau de bord wallon de la santé. [En ligne]. 2013 [consulté le 15/03/2018] : 161p. Disponible sur le web : <http://sante.wallonie.be/?q=sante/observatoire-wallon-de-la-sante/dispositifs/publications/tableau-bord-wallon-sante>
- [29] Institut Scientifique De Santé Publique. Enquête de santé belge par interview (HISIA). ISP. [en ligne]. 2013. [consulté le 05/03/2017]. Disponible sur le web : <https://s9xjb.wiv-isp.be/SASStoredProcess/guest>
- [30] Beck F, Guignard R, Lermenier A, Nguyen-Thanh V, Richard JB, Wilquin JL. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. Evolutions [En ligne]. Janvier 2015 [consulté le 11/03/2017] ; volume (31). Disponible sur le web : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1611.pdf>
- [31] Beck F, Guignard R, Peretti-Watel P, Richard JB. Le tabagisme en France : Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis. INPES éditions. 2013 : 56p. Disponible sur le web : <Http://Inpes.Santepubliquefrance.Fr/Cfesbases/Catalogue/Pdf/1513.Pdf> 2010

[32] Perreti-Watel P. La cigarette du pauvre : enquête auprès des fumeurs en situation précaire, Rennes : Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. 2012 ; 133.

[33] Bonevski B, Bryant J, Hill W, Keevy N, Paul C, Ross S. The social context of smoking : a qualitative study comparing smokers of high versus low socioeconomic position. BMC public health. [En ligne]. 2010 [consulté le 24/02/2018] ; Volume 10 (211) : 7p. Disponible sur le web : <https://bmcpublihealth-biomedcentral-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/track/pdf/10.1186/1471-2458-10-211>

[34] Andler R, Arwidson P, Beck F, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Pasquereau A, Richard JB. Le tabagisme au domicile en France en 2014 et son évolution depuis 2005. BEH. [En ligne]. 2016 [consulté le 28/04/2018] : 30-31 ; 522-528. Disponible sur le web : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10534

[35] Filder JA, Jarvis MJ, Mindell J, West R Nicotine Intake in Cigarette Smokers in England: Distribution and Demographic Correlates. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention [En ligne] 2008 [consulté le 13/09/2017] ; volume (17) : 3331-3336. Disponible sur le web : <http://cebp.aacrjournals.org.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/content/17/12/3331.full-text.pdf>
DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-08-0296

[36] Martens S. Etude de la motivation au sevrage tabagique d'une population dans la grande précarité. Médecine humaine et pathologie. [En ligne]. 2012 [consulté le 20/11/2017] ; 1-51. Disponible sur le web : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00766042/document>

[37] Borland R, Fong G, McNeill A, Siahpush M. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tobacco control (BMJ). [En ligne]. 2006 [consulté le 20/01/2018] ; Volume 15 (3) : 71-75. Disponible sur le web : <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/pmc/articles/PMC2593052/>

[38] Merson F, Perriot J. Impact of social disadvantages and time perspective on smoking cessation. La presse médicale. [En ligne]. 2012 [Consulté le 25/09/2017] ; Volume 41(2) : 43-51. (Disponible sur le web : http://www.sciencedirect.com.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/science/article/pii/S0755498211004647?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb&ccp=y#)

[39] Cutler D, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviors by education. Journal of health economics. [En ligne]. 2010 [consulté le 26/04/2018] ; Volume 29 (1): 1-28. Disponible sur le web : <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/pmc/articles/PMC2824018/>

[40] Adams Spears C, Cano MA, Correa-Fernandez V, Irvin Vidrine J, Li Y, Stewart D, Waters A, AL Lower health literacy predicts smoking relapse among racially/ ethnically diverse smokers with low socioeconomic status. BMC Public Health. [En ligne]. 2014 [consulté le 25/09/2017] ; Volume 14 (716) : 1-6. Disponible sur le web : <https://bmcpublihealth-biomedcentral-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/articles/10.1186/1471-2458-14-716>

- [41] Van Den Broucke S. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. La santé en action. [En ligne]. 2017 [consulté le 16/01/2018] ; Volume 440 :11-13. Disponible sur le web : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/articles/440/litteratie-sante-definition-concepts-enjeux-OMS.pdf>
- [42] Dupuis P. La littératie en santé : comprendre l'incompréhension. Education santé. [En ligne]. 2015 [consulté le 16/01/2018] ; Volume 309. Disponible sur le web : <http://educationsante.be/article/la-litteratie-en-sante-comprendre-lincomprehension/>
- [43] FCTC - Convention Cadre De L'OMS Pour La Lutte Antitabac. Projet de directives pour l'application de l'article 14 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. [En ligne]. 2010 [consulté le 11/09/2017]. 4-6. Disponible sur le web : http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_8-fr.pdf
- [44] Amos A, Bauld L, Clifford D, Fidler J, Hill S, Hiscock R. Tobacco control, inequalities in health and action at a local level. Public Health Research Consortium. [En ligne]. 2011 [consulté le 25/10/2017]; Disponible sur le web: http://phrc.lshtm.ac.uk/project_2005-2011_a910r.html. http://phrc.lshtm.ac.uk.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/papers/PHRC_A9-10R_Final_Report.pdf
- [45] Bosdriesz J, Kunst A, Stronks K, Willemsen M. Tobacco control policy and socio-economic inequalities in smoking in 27 European countries. Drug and Alcohol Dependence. [En ligne]. 2016 [consulté le 25/02/2018] ; Volume 165 : 79-86. Disponible sur le web : https://ac-els-cdn-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/S0376871616301375/1-s2.0-S0376871616301375-main.pdf?_tid=spdf-4bd4cf62-b528-46ea-b033-d7ca802ee784&acdnat=1519667305_b802cedbc0c1d1f65036de7b1155500d
- [46] Crock B, Kuang X, Niederdeppe J, Skelton A. Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations. What do we know, what do we need to learn, and what should we do now ? Social science and medicine. [En ligne]. 2008 [consulté le 03/10/2017] ; Volume 67 (n°9): 1343-1355. Disponible sur le web : <http://www.sciencedirect.com.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/science/article/pii/S027795360800350X>
- [47] Bosdriesz J. Tobacco control policies and socio economic inequalities in smoking cessation (Evaluating natural experiments). 2016. 163-229
- [48] Le Faou AL, Baha M. Tabagisme : réduire les inégalités- sevrage tabagique et personnes en situation de précarité : l'intérêt d'une prise en charge spécifique. La Santé en action. 2014 ; volume (427) :6-8.
- [49] Clare P, Courtney R, Martire K, Mattick R, Naicker S, Shakeshaft A. Smoking Cessation among Low-Socioeconomic Status and Disadvantaged Population Groups: A Systematic Review of Research Output. International Journal of Environmental Research And Public Health. [En ligne]. 2015 [consulté le 20/01/2018] ; Volume 12 (6) : 6403-6422. Disponible sur le web : <http://www.mdpi.com.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/1660-4601/12/6/6403/htm>
- [50] Ahmed K, Manheim D, May D, Vaid I. The WISEWOMAN Program: Smoking Prevalence and Key Approaches to Smoking Cessation Among Participants : July 2008–June 2013. J Womens Health (Larchmt). [En ligne] 2014 [consulté le 16/02/2018] ; Volume 23(4): 288–295. Disponible sur le web : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5290425/>

- [51] Brawarsky P, Fleegler E, Gonzalez I, Haas J, Hubert S, Klinger E, Marinacci L, AL. Proactive tobacco cessation outreach to smokers of low socioeconomic status: a randomized clinical trial. *JAMA Internet Med.* [En ligne]. 2015 [consulté sur le 15/02/2018] ; Volume 175 (2) : 218-226. Disponible sur le web : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4590783/>
- [52] Dickinson A, Jones L, Li J, Murray R, Venn A, AL. Effectiveness of a mobile, drop-in stop smoking service in reaching and supporting disadvantaged UK smokers to quit. *Tobacco Control BMJ.* [En ligne]. 2016 [consulté le 04/10/2017] ; Volume 25 :33-38. Disponible sur le web : <https://search-proquest-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/docview/1781966443?pq-origsite=summon>
- [53] Dekeyser F. Plan d'actions proposé par le SEPT. SEPT. 2018 : 172p
- [54] Attia J, Bonevski B, Bryant J, Mcelduff P, Paul C. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. *Addiction* [En ligne]. 2011 [consulté le 14/09/2017] ; volume (106) : 1568-1585. Disponible sur le web : <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/doi/10.1111/j.1360-0443.2011.03467.x/pdf> doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03467.x
- [55] Bartsch P, Boudrez H, Claes L, De Wulf I, Deneyer H, Duquet N, Guillaume G, AL (CDSP). Arrêter de fumer, bonnes pratiques en officine. Arrêter de fumer. [En ligne]. 2008 [consulté le 17/01/2018]:1-62. Disponible sur le web : <https://www.sspf.be/servlet/Repository/syllabus-arreter-de-fumer.pdf?ID=170>
- [56] Carroll A, Lancaster T, Stead L. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Cochrane Tobacco Addiction Group). [En ligne]. 2017 [consulté le 25/02/2018] ; issue 3. Disponible sur le web : <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/doi/10.1002/14651858.CD001007.pub3/full> 1
- [57] Bauld L, Brose L, Dobbie F, Hiscock R, McEwen A, Murray S, Leonardi Bee J. Behavioural therapy for smoking cessation : the effectiveness of different intervention types of disadvantaged and affluent smokers. *Addictive Behaviors.* [En ligne]. 2013 [consulté le 15/09/2017]. Volume 38 (n°11) : 2787-2796. Disponible sur le web : <http://www.sciencedirect.com.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/science/article/pii/S0306460313002116#bb0125>
- [58] Herkov M. About Group Therapy. *Psych Central.* [En ligne]. 2016 [consulté le 14/09/2017]. Disponible sur le web : <https://psychcentral-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/lib/about-group-therapy/>
- [59] Bauld L, Bell K, Greaves L, McCullough L, Richardson L. The effectiveness of NHS smoking cessation services : a systematic review. *Journal of Public Health.* [En ligne] 2010 [consulté le 15/09/2017] ; Volume 32(n°1) : 71-82. Disponible sur le web : <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/32/1/71/1548488/The-effectiveness-of-NHS-smoking-cessation>

- [60] Bullen C, Cahill K., Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Mant D, Perera R, Stead LF. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. [En ligne]. 2012 [consulté le 15/09/2017] ; Issue 5 (Art. No.: CD000146). Disponible sur le web : http://www.cochrane.org/CD000146/TOBACCO_can-nicotine-replacement-therapy-nrt-help-people-quit-smoking
- [61] Bonevski B, Bryant J, Paul C. Encouraging smoking cessation among disadvantaged groups: A qualitative study of the financial aspects of cessation. Drug and Alcohol Review. [En ligne] 2011 [consulté le 17/01/2018]. ; Volume 30 (issue 4): 411-418. Disponible sur le web : <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/doi/10.1111/j.1465-3362.2010.00248.x/full>
- [62] Tabacstop. 10 ans de coaching personnalisé – 7 ans de remboursement de substituts nicotiniques. 2017.
- [63] Tabacstop. Remboursement. [En ligne]. 2017 [consulté le 17/01/2018]. Disponible sur le web : <https://www.tabacstop.be/comment-arr-ter/remboursement>
- [64] Clifford A, Gartner C, Gussy K, Ford P. A Systematic Review of Peer-Support Programs for Smoking Cessation in Disadvantaged Groups. International Journal of Environmental Research and Public Health. [En ligne]. 2013 [consulté le 25/02/2018] ; Volume 10 (11) : 5507-5522. Disponible sur le web : <http://www.mdpi.com.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/1660-4601/10/11/5507/htm>
- [65] Boscoe M, Greaves L, Kushner K, Letourneau N, Spitzer D, Stewart M. Impacts of a support intervention for low-income women who smoke. Social Science and Medicine. [En ligne] 2010 [consulté le 22/02/2018] ; Volume 71, 1901-1909. 2010 Disponible sur le web : <https://www.sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S0277953610006520>
- [66] Apata J, Buccheri J, Kamangar F, O'keefe A, Schutzman C, Sheikhattari P, Wagner F. Examining Smoking Cessation in a Community-Based Versus Clinic-Based Intervention Using Community-Based Participatory Research. Journal of Community Health. [En ligne]. 2016 [consulté le 25/02/2018] ; Volume 41 (n°6) : 1146-1152. Disponible sur le web : <https://link-springer-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/article/10.1007%2Fs10900-016-0264-9>
- [67] Fares. Articulation du dispositif « Plan Wallon Sans Tabac » avec la promotion de la santé. [En ligne]. 2015 [consulté le 11/02/2018] : 1-27. Disponible sur le web : <https://www.fares.be/static/front/upload/1/upload/files/tabac/articulation%20PS%20et%20PWST%20d%C3%A9cembre%202015.pdf>
- [68] Delpierre V, Hubens V, Van Der Schueren T. Cahier prévention, tabac et précarité : pourquoi et comment parler du tabac à nos patients défavorisés ? Les aides mémoire de la Société Scientifique de Médecine Générale. [En ligne]. 2011 [consulté le 10/02/2018] : 1-44. Disponible sur le web : http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/Cahiers_de_prevention/am9.pdf
- [69] Laperche J, Lorant V, Prignot J, Nguyen Tan LH. La prise en charge du sevrage tabagique des patients défavorisés en médecine générale. Louvain Médicale. [En ligne]. 2006 [consulté le 10/02/2018] : 125,9, 364-370 Disponible sur le web : https://www.researchgate.net/publication/266252323_LA_PRISE_EN_CHARGE_DU_SEVRAGE_TABAGIQUE_DES_PATIENTS_DEFAVORISES_EN_MEDECINE_GENERALE

- [70] Chalon V, Gilon C. Vers une vie sans tabac. [En ligne]. 2010 [consulté le 25/02/2018]. Disponible sur le web : <http://www.maisonmedicale.org/Vers-une-vie-sans-tabac,2150.html>
- [71] Observatoire De La Santé Du Hainaut – Hainaut Santé ASBL. Livre blanc : promotion d’environnements sans tabac pour les populations vulnérables en Hainaut (recommandations aux autorités locales et régionales). 2017. 1-66.
- [2] Dagenais C, Ridde V. Approches et pratiques en évaluation de programmes. 2^{ème} édition. Montréal. Les presses de l’université de Montréal (PADIE). 2012. 476p.
- [73] Agence Ontarienne De Protection Et De Promotion De La Santé (Santé Publique Ontario), Abdi S, Mensah G. Pleins feux sur : Modèle logique – Un outil de planification et d’évaluation. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l’Ontario ; 2016. 11p.
- [74] Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. L’évaluation dans le domaine de la santé – concepts et méthodes. Bulletin. 1993 ; Volume 33(1) : 12-17
- [75] Dekeyser F. La mise en projet des publics fragilisés. Santé conjugée. 2012 ; volume (62) : 85-88.
- [76] Service d’Etude et de Prévention du Tabagisme. Descriptif du module 5 séances. [En ligne]. (s.d). [Consulté le 19/03/2017]. Disponible sur le web : <http://sept.be/module%20tabac%205%20s%C3%A9ances.html>
- [77] Dekeyser F. Déploiement de groupe de mise en projet destinés à des personnes en situation de précarité : une collaboration du Service d’Etude et de Prévention du Tabagisme au dispositif Sevrage pour tous coordonné par le FARES.(s.d.) : 4p.
- [78] Buonomo S, Dekeyser F, Rasson C, Renard C. Tabagisme et précarité : et si nous étions tous concernés, un outil destiné aux intervenants de première ligne. Van Vooren (FARES). [En ligne]. 2009 [consulté le 27/04/2018] ; 1-24. http://sept.be/onewebmedia/Brochure_Tabac_et_precarite_2010.pdf
- [79] Dekeyser F. Convention proposée aux structures psychosociales. SEPT. 2016 : 4p
- [80] Dekeyser F. Fiche descriptive : l’aide aux fumeurs en situation de précarité. SEPT. 2017 : 7p
- [81] Dekeyser F. Fiche projet : tabagisme et population précarisée. SEPT. 2018 : 29p
- [82] Benarous X, Consoli SM, Legrand C. Motivational interviewing use for promoting health behavior: An approach of doctor/patient relationship. La revue de médecine interne. [En ligne]. 2014 [consulté le 14/02/2018] ; Volume 35 (issue 5) : 317-321. Disponible sur le web : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866313006322>
- [83] Begh R, Lindson-Hawley N, Thompson T. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group. [En ligne]. 2015 [consulté le 14/02/2018] ; Volume 3 (No.: CD006936). Disponible sur le web : <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/full>

- [84] Haute Autorité De Santé ; Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence : modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente. HAS/ Service des bonnes pratiques professionnelles. [En ligne]. Octobre 2014 [consulté le 15/03/2017]. Disponible sur le web : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
- [85] Fjalldal SB, Janson C, Benediktsdottir B, Gudmundsson G, Burney P, Buist AS, Buist AL. Smoking, stages of change and decisional balance in Iceland and Sweden. *The clinical Respiratory Journal* [En ligne]. 2011 [consulté le 17/03/2017]; volume (5), 76-83. Disponible sur le web : <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/doi/10.1111/j.1752-699X.2010.00201.x/abstract>
- [86] Etter JF. Le modèle transthéorique du changement. Congrès de la Société Française d'Alcoologie. [En ligne]. 2007 [consulté le 17/03/2017]. Disponible sur le web : <http://slideplayer.fr/slide/1318705/>
- [87] Csillik A S. Polémique actuelle autour du modèle transthéorique : ce modèle mérite-t-il d'être encore utilisé ? *Annales médico-psychologiques* [En ligne]. 2009 [consulté le 17/03/2017] ; volume 167 (5), 355-360. Disponible sur le web : <http://www.sciencedirect.com.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/science/article/pii/S0003448708002564>
- [88] West R. "Catastrophic" pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ*. [En ligne]. 2006 [consulté le 15/09/2017]. Volume 332 (7539): 458-460. Disponible sur le web : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/pmc/articles/PMC1382540/?tool=pmcentrez>
doi: 10.1136/bmj.38723.573866.AE
- [89] Benson F, Bogaerts N, Nierkens V, Stronks K., Willemsen M. Wanting to attend isn't wanting to quit : why some disadvantaged smokers regularly attend smoking cessation behavioural therapy while others do not : a qualitative study. *BMC Public Health* [En ligne]. 2014 [consulté le 20/09/2017] volume (14):695. Disponible sur le web : <https://bmcpublichealth-biomedcentral-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/articles/10.1186/1471-2458-14-695>
- [90] Dagenais P, Fournier M, Martin V. Consultation des parties prenantes, INESSS, 1-32. (2014). [Consulté le 17/01/2018]. Disponible sur le web : https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Consultation_Parties_Prenantes.pdf
- [91] Mucchelli A, Paillé P. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4^{ème} édition. France : Armand Colin ; 2016. 429p.
- [92] Douiller A. 25 techniques d'animation pour promouvoir la santé. 2^{ème} édition. France : Le Coudrier ; 2015 :191p.
- [93] Blum-Boisgard C, Demeulemeester R, Jourdain A, Moisdon JC, Vérité E. Quelles sont les conditions des interventions en santé publique ? *Santé Publique*. [En ligne]. 2005 [consulté le 17/06/2018] ; Volume 17 (4) : 200p. Disponible sur le web : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-4-page-569.htm>

- [94] Milat AJ, Bauman A, Redman S. Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions. *Implementation Science* : IS. [En ligne]. 2015 [consulté le 23/03/2018] ; Volume 10(113). Disponible sur le web : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/pmc/articles/PMC4533941/>
- [95] Lindström C, Rosvall M, Lindström M. Socioeconomic status, social capital and self-reported unmet health care needs: A population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*. [En ligne]. 2017 [consulté le 29/04/2018] ; Volume 45 (3) : 212-221. Disponible sur le web : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28443488>
- [96] Freeman H, Lipsey M, Rossi P. *Evaluation: a systematic approach*. SAGE Publications. 2008 : 1-123.
- [97] Bonevski B, Brozek I, Bryant J, Chapman K, Hughes C, Paul C, Randell M, AL. Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups, *BMC Medical Research Methodology*. [En ligne]. 2014 [consulté le 22/01/2018] ; Volume (14 :42) : 1-29. Disponible sur le web <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/pmc/articles/PMC3974746/>
- [98] MOREL J. L'approche communautaire de la santé : une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques. *Santé Conjugée*. 2007 ; volume 40 : 75-77
- [99] Bantuelle M, Mouyart P, Prevost M. *Action communautaire en santé un outil pour la pratique*. Bruxelles : Heymans ; 2013. 56p.
- [100] Boland V, Bonevski B, Borland R, Clare P, Courtney R, Doran C, Farrell M, AL. Predictors of retention in a randomised trial of smoking cessation in low-socioeconomic status Australian smokers. *Addictive Behaviors*. [En ligne]. 2017 [consulté le 25/09/2017] ; Volume (64) : 13-20. Disponible sur le web : https://ac-els-cdn-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/S0306460316302684/1-s2.0-S0306460316302684-main.pdf?_tid=050cb7ca-a6eb-11e7-b011-00000aacb360&acdnat=1506891580_520c74b8976c38321111459219924152
- [101] Prévost M, Hubens V. Prévention avec des publics précarisés : réflexions. *La Revue de la Médecine Générale*. [En ligne]. 2010 [consulté le 15/03/2018] ; Volume 278 : 432-433. Disponible sur le web : https://www.ssmg.be/images/ssmg/files/RMG/278/RMG278_432-433.pdf
- [102] Van der Heyden J. Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. [En ligne] Bruxelles : Drieskens S, Gisle L. 2015 [consulté le 29/05/2018]. Disponible sur le web : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/GP_FR_2013.pdf Contacts avec le médecin généraliste. Dans :
- [103] Inersambre : Régie de quartier Inersambre asbl [En ligne]. Pont de Loup. (s.d) [consulté le 27/07/2018]. Disponible sur le web : <https://www.inersambre.be/>
- [104] Brousselle A. Empowerment evaluation : quelques réflexions. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. [En ligne]. 2006 [consulté le 15/06/2018] ; Volume 21(3) : 283-290. Disponible sur le web : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3757000/>
- [105] Baillargeon J, Ouellet P, Roy S, Ridde V. L'évaluation participative de type empowerment : une stratégie pour le travail de rue. *Service social*. 2003 ; volume 50 (n°1) : 263-279.

[106] Rasson C. Tabac et précarité, et si nous étions tous concernés Santé conjugée [En ligne]. Octobre 2012. [consulté le 12/03/2017] ; volume (62) : 75-80. Disponible sur le web : <http://www.fares.be/static/front/upload/1/upload/files/old/pwst/tabacprecariteSanteconjuguee.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Modèle Transthéorique des changements de comportements de Prochaska et Diclemente

Annexe 2 : Observation d'une intervention

Annexe 3 : Guide d'entretien proposé aux chargés de projet (SEPT)

Annexe 4 : Guide d'entretien proposé aux acteurs psychosociaux

Annexe 5 : Questionnaire d'évaluation du SEPT

Annexe 6 : Guide du focus group/entretiens proposé aux participants

Annexe 7 : Accord comité d'éthique

Annexe 8 : Présentation des participants (grandes tendances)

Annexe 9 : Enquête de satisfaction du SEPT

Annexe 10 : Schéma synthétique de la théorie de programme des modules « mise en projet »

POORTEMAN HELENE

« Sevrage tabagique en milieu précarisé : le programme du SEPT »

Promoteur : Professeur Vincent Lorant

Co-promotrice : Céline Corman

Contexte : Au vu des inégalités sociales de santé dans le domaine du tabagisme, il est pertinent de s'intéresser aux interventions spécifiquement destinées aux fumeurs précarisés. En Wallonie, le SEPT va à leur rencontre en proposant un module « mise en projet » et ce à la demande principale des structures psychosociales dans un souci d'insertion socio-professionnelle. Alors, comment la pratique de ce service rencontre-t-elle les besoins et les attentes de leurs bénéficiaires ? En s'intéressant aux différents *stakeholders*, ce mémoire vise principalement à comprendre l'expérience des fumeurs quant à leur participation aux séances du SEPT. De là, des recommandations seront proposées aux tabacologues afin d'améliorer leur démarche préventive.

Méthodologie : La méthode qualitative choisie a permis de recourir à différents outils. Premièrement, l'entretien semi-directif a été privilégié pour comprendre la demande des 3 acteurs psychosociaux et la théorie de programme du SEPT. Ensuite, l'observation a aidé à dévoiler leurs pratiques effectives : qu'est ce qui est réellement mis en place par l'équipe wallonne avec les bénéficiaires ? Afin de compléter notre recherche, 3 focus group et 4 entretiens semi-directifs ont mis en lumière l'expérience des 31 participants (dont la grande majorité était des fumeurs). Les séances en groupe, la démarche pro active du tabacologue, les apports potentiels, leurs besoins, l'évolution de leur expérience et les motivations à participer y ont principalement été abordés. Une analyse thématique a permis de faire ressortir les résultats.

Résultats : Malgré la démarche « top down » effectuée, l'expérience des participants a été globalement positive même si initialement, aucun besoin de sevrage ne s'était manifesté. Ainsi, la majorité a rapporté de nombreux bénéfices (changements comportementaux, représentationnels, cognitifs). L'approche du SEPT sur les lieux de formation et son déploiement en groupe ont été le plus souvent appréciés par les bénéficiaires. La description de leurs besoins s'étant avérée complexe, nous avons néanmoins ressorti un besoin de re(créer) du lien entre les individus et de partager leur vécu, le SEPT contribuant à y répondre (« curriculum caché »). Pour les acteurs psychosociaux, recourir à l'équipe wallonne leur permet également de travailler sur les différents freins à l'emploi, obtenir un travail pouvant également être perçu comme un besoin chez ces stagiaires à faible statut socio-économique. Cependant, certains fumeurs regrettent l'absence de suivi, de groupes fermés et le manque de participative active dans le module, ces dispositions ne répondant pas à leurs besoins/attentes actuel(le)s. Quant aux acteurs psychosociaux, la majorité referait appel au service wallon, leurs objectifs et attentes étant comblés.

Conclusion : Le module « mise en projet » semble répondre partiellement aux besoins (ressortis) et attentes des fumeurs rencontrés. Différentes recommandations (provenant des principaux concernés et de nos réflexions) sont ressorties et constituent la principale utilité de ce travail. Impliquer activement les fumeurs dans l'ensemble du processus (outils interactifs, éducation par les pairs ...), mettre en place un suivi, adapter les supports d'évaluation et évaluer plus en profondeur les besoins de la population cible constituent ainsi les principales pistes d'amélioration.

Mots clés : Sevrage tabagique, SEPT, Wallonie, précarité, statut socio-économique, besoins, stakeholders.

