

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2018

N° :137

**THESE**  
**PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat  
Médecine générale

**PAR**

KIRCA Sevil

Née le 14/06 1988 à Uşak (Turquie)

---

**Comment optimiser l'aide au sevrage tabagique :**  
**Étude qualitative des bénéfices du tabac rapportés par des patients fumeurs.**

---

Président de thèse : Professeur DANION-GRILLIAT Anne

Directeur de thèse : Dr SANSELME Anabel



**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- **(1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie
- **(1989-1994)** M. VINCENDON Guy
- **(1994-2001)** M. GERLINGER Pierre
- **(3.10.01-7.02.11)** M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. LE REST François

Edition MARS 2018  
Année universitaire 2017-2018

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)**  
**Directeur général :**  
M. GAUTIER Christophe



**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Séiamak

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)

DOLLFUS Hélène

Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01	Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03	Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01	Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Emanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRISIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne (1) (8) P0047	S/nb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04 Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01 Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAUHAC Benoit P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRP6 CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01 Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Geriatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	<b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	<b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	<b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	<u>Pédopsychiatrie</u> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Disp0 31.07.2019)	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	<u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01	Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil  
 \* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier)    Cspi : Chef de service par intérim    CSp : Chef de service provisoire (un an)  
 CU : Chef d'unité fonctionnelle  
 Pô : Pôle    RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)  
 Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)    Dir : Directeur  
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018    (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017  
 (3)    (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017  
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019    (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017  
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	---	--------------------------

**MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - Virologie (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CERLINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo→15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoit M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schilligheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoit M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 <u>Hématologie</u> : Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pr RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

---

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**
**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

---

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

---

**C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

---

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**
**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES**

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

---

---

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)**  
BERTHEL Marc (Gériatrie)  
BORSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)  
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)  
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o **pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)**  
BOUSQUET Pascal  
PINGET Michel
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**  
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)  
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)  
MULLER André (Thérapeutique)

---

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc      CNU-31      IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

---

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(\* 4 années au maximum)

---

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.18
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

### Légende des adresses :

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

### HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : *Hôpital de Hautepierre* : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- *Hôpital de La Robertsau* : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- *Hôpital de l'Eisau* : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schilligheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

## RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## REMERCIEMENTS

Je remercie le Professeur. DANION-GRILLIAT Anne de me faire l'honneur de présider ma thèse ainsi qu'aux Professeur WEBER Jean Christophe et Professeur LALANNE-TONGIO Laurence d'avoir accepté de participer au jury.

Merci au Dr Anabel Sanselme de m'avoir confortée dans le choix de ce sujet qui m'a permis de découvrir les facettes passionnantes du rapport de l'homme au tabac. Merci également pour son enthousiasme et ses encouragements.

Je remercie ma mère de m'avoir soutenue dans ma démarche vers ce magnifique métier. Merci pour sa confiance sans faille et ses encouragements durant mes longues années d'études.

Merci à Iftahar, ma sœur et à Marie France pour leurs disponibilités et leurs relectures avisées et pertinentes.

Merci à Edouard de m'avoir supportée pendant tous les instants de doutes, de m'avoir encouragée dans mon travail, ainsi que pour son aide précieuse dans la mise en page et la gestion du logiciel Word.

Merci à Laurence d'avoir toujours répondu présente au bout de la ligne « SOS thésarde en détresse ».

Merci à mes amis Jennifer, Marion, Muriel et Eddy d'être là.

Merci à Uluer, Victoria, Stéphane, Charline, Olivia pour leurs soutiens.

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>19</b>
<b>I MÉTHODE .....</b>	<b>22</b>
<b>II RÉSULTATS.....</b>	<b>24</b>
<b>A PRÉSENTATION.....</b>	<b>24</b>
1 L'échantillon .....	24
2 Le discours des participants sur les méfaits du tabac.....	24
<b>B LE POUVOIR SÉDUCTEUR DU TABAC PENDANT L'ENFANCE.....</b>	<b>26</b>
1 Fumer : être un adulte normal .....	26
2 La curiosité de l'enfant et le jeu de mimétisme.....	28
3 Une odeur marquante et agréable pour certains .....	29
4 Souvenirs agréables et nostalgie .....	29
5 Synthèse .....	31
<b>C LES PREMIERS PAS DANS LE TABAGISME.....</b>	<b>31</b>
1 L'accès à la vie de groupe et ses bienfaits.....	31
2 L'expérimentation d'un produit intrigant.....	34
3 La cigarette : « un jeu de cache-cache » excitant.....	38
4 Une rupture symbolique avec l'enfance.....	40
5 L'expression d'une rébellion.....	43
6 La construction d'une image .....	44
7 S'amuser.....	47
8 La cigarette : un soutien dans une situation d'impasse psychologique.....	49
9 Un outil issu du résultat d'un apprentissage et d'un changement de regard sur le tabac .....	52
10 Synthèse .....	56
<b>D LE TABAGISME AU QUOTIDIEN .....</b>	<b>56</b>
1 Les sensations physiques.....	56
1.1 La sensation de fumée dans les voies respiratoires.....	57
1.2 Le paradoxe du plaisir gustatif lié à la cigarette .....	58
1.3 Une relation tactile avec la cigarette .....	60
1.4 Un coupe faim : une « arme » dans le contrôle du poids .....	61
1.5 Aide à la digestion .....	62
1.6 Un stimulant .....	63
1.7 L'assouvissement d'un besoin : maintenir le fonctionnement de base du corps et de l'esprit.....	63
2 Les effets du tabac sur le psychisme .....	66
2.1 Anesthésier la sensation d'ennui.....	66
2.2 Stratégie pour canaliser une tension psychique : la lutte contre le stress et les angoisses.....	70
2.3. Une récompense .....	75
2.4 Le bien être, la détente et le plaisir situationnel justifiant le tabagisme.....	76
2.5 La cigarette : une structure dans l'existence du fumeur .....	80
2.6 Une lutte contre la souffrance psychique : les fonctions antidépresseurs, réconfortantes et autodestructrices.....	84
2.7 L'optimisme du fumeur : le flou de la mort et l'envie de maîtrise .....	87
3 Le tabac : un facilitateur dans les relations sociales.....	90
3.1 Une utilisation conviviale.....	90

3.2 L'utilisation festive : amusement et liberté .....	92
3.3 L'influence des sentiments de détente et d'aisance procurés par la cigarette dans le contact social .....	94
3.4 L'image du fumeur et l'art de la communication non verbale .....	96
3.5. Faire des nouvelles rencontres .....	98
3.6 Les sentiments de complicité, de rébellion et d'appartenance à un clan .....	100
4 Synthèse : une identité de fumeur .....	105
<b>III DISCUSSION.....</b>	<b>106</b>
<b>A FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>106</b>
1. Les Forces .....	106
1.1 Une méthode adaptée.....	106
1.2 Un nombre d'entretiens suffisamment élevé.....	106
2 Les biais possibles de l'étude .....	106
2.1 L'échantillon et le biais de sélection .....	106
*Figure 1: Proportions de fumeurs quotidiens de tabac en 2010, suivant l'âge et le sexe (Source : Baromètre santé 2010, Inpes)(12) .....	107
2.2 Biais de mémorisation : .....	107
2.3 Biais de désirabilité sociale.....	108
<b>B LES MÉFAITS DU TABAC .....</b>	<b>108</b>
<b>C LES BÉNÉFICES SYMBOLIQUES DU COMPORTEMENT TABAGIQUE .....</b>	<b>111</b>
1 Les fondements d'une identité grâce à la cigarette .....	111
1.1 Adolescence : période de la construction identitaire et de l'addiction .....	111
1.2 Lien entre un comportement et une identité .....	112
1.3 Implication de la cigarette dans divers aspects de la vie de l'individu : social, émotionnel etc. ....	112
1.3.1 <i>Le tabagisme un outil participant à l'identité sociale de l'individu</i> .....	112
• Action directe de la cigarette dans la vie sociale de l'individu.....	112
• Action indirecte de la cigarette dans les interactions sociales : régulation émotionnelle, gestion des situations de stress sociales.....	112
1.4 La cigarette : représentation de certaines valeurs, symbole de l'identité individuelle et l'aptitude à prendre des risques .....	113
1.5 Renforcement identitaire .....	113
1.6 Impact de la notion d'identité de fumeur sur les étapes du tabagisme .....	113
1.7 Quelques pistes de réflexions pour notre pratique .....	114
2 L'intégration et la norme sociale : les moteurs de l'initiation.....	115
3 L'expérimentation, la curiosité et l'envie de prendre des risques.....	120
<b>D LES BÉNÉFICES RATIONNELS DU COMPORTEMENT TABAGIQUE.....</b>	<b>121</b>
1 Des bénéfices basés sur les aspects biologiques : les notions de « plaisir », de « récompense » et de « repère du quotidien » .....	121
* Figure 2 : <i>Le système de récompense</i> (32) .....	122
*Figure 3 : Logarithme des concentrations plasmatiques artérielle après consommation d'une cigarette et veineuse après consommation d'une cigarette, d'une gomme de nicotine à 4 mg ou d'un patch de nicotine à 15 mg/16 h .....	126
2 La cigarette indispensable pour assurer un fonctionnement de base du corps et de l'esprit du fumeur, voire un psychostimulant.....	127
3 Le tabac : un outil de gestion d'un déséquilibre émotionnel et son implication dans les pathologies psychiatriques .....	129
*Figure 4 Prévalence du tabagisme dans des échantillons cliniques d'individus atteints de pathologie psychiatrique ou de troubles liés à l'usage de drogue.....	131
4 Tabac et co-addiction .....	133
5 Le tabac et le contrôle du poids :.....	134

6	Prise de conscience des risques de la cigarette et attitude du fumeur entre déni et défi.	137
	.....	137
	*Figure 5 : Du risque au changement de comportement .....	139
7	L'autodestruction .....	140
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>141</b>
	<b>ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN</b> .....	<b>145</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>147</b>
	<b>DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONCERNANT LE PLAGIAT</b> .....	<b>152</b>

## INTRODUCTION

« *Quand je n'ai pas fumé depuis longtemps, la première bouffée [...] c'est comme une bouffée d'oxygène.* » (cf. entretien 2, propos tenu par une patiente asthmatique)

« *De toute façon, c'est une certaine façon de vivre, c'est un choix de vie au départ.* »(1)

Aujourd'hui les méfaits du tabagisme ne sont à prouver ni pour le monde médical ni pour nos patients. En effet, la population a une bonne connaissance des conséquences de la cigarette sur la santé.(2-4)

Malgré cela un français sur trois fume (5), et le tabac continue de séduire les jeunes qui l'expérimentent en toute connaissance de cause et 30 à 50 % d'entre eux deviennent fumeurs quotidiens.(6)

Force est de constater que malgré l'efficacité des campagnes d'information en terme de transmission des connaissances, leur impact est plutôt limité sur le plan du sevrage.(2,7)

Dans notre pratique nous sommes confrontés aux patients qui s'accrochent au tabac et ceci aux dépens de leur santé. De plus, il est constaté que la majorité des patients est ambivalente concernant l'arrêt.(8,9)

Les propos cités en introduction témoignent de l'existence d'un paradoxe.

Lorsqu'on effectue une recherche sur les thèses réalisées sur le tabac, reflétant l'opinion médicale sur le sujet, les mots « sevrage », « craintes », « arrêt » « risques sanitaires » « prévention » et « lutte » reviennent souvent. En résumé, on considère la question tabagique souvent sous ses aspects négatifs et sanitaires.

Poser la question des bienfaits procurés par le tabac peut paraître incongru. Cela serait même considéré socialement comme immoral puisque cela pourrait être interprété comme une incitation au tabagisme.(2) Cependant, nous partageons le point de vue de R. Molimard, fondateur de la tabacologie en France : « si l'on veut aider nos consultants à s'arrêter de fumer, occulter les bénéfices qu'il apporte est se priver des moyens de comprendre pourquoi il leur est parfois si difficile de le faire ».(10) Centrer notre approche uniquement sur l'aspect sanitaire et donc principalement sur les méfaits du tabagisme c'est risquer de ne pas être objectif et d'ignorer certaines implications de ce comportement dans la vie du fumeur et donc de limiter l'efficacité de nos actions dans ce domaine. (2)

C'est sur cette problématique que se penche cette thèse. Nous émettons l'hypothèse que malgré les effets néfastes sur la santé, l'individu retire des bénéfices dans le comportement tabagique de manière plus ou moins consciente. Quels sont-ils?

Cette étude donne la parole à nos patients, à leurs ressentis pour mieux comprendre les tenants et aboutissants du comportement tabagique afin d'adapter au mieux l'aide qu'on pourrait leur apporter. Ainsi pour réussir un sevrage tabagique, nous pensons qu'il faudrait prendre en compte ce que représente le tabac pour la personne et ce qu'elle en retire. Cette étude permet également de trouver des explications aux difficultés que l'on éprouve à enrayer ce comportement nocif.

Cette thèse en médecine s'intéresse à un comportement qui a des conséquences sanitaires sans se focaliser sur ces dernières. Il s'agit d'envisager la question du tabac avec un point de vue un peu différent de celui dont on a l'habitude. Par ailleurs, à notre connaissance, il existe peu d'études se penchant sur ce sujet et portant sur un échantillon de patients rencontrés en médecine générale.

L'objectif de cette étude est d'analyser les bénéfices objectifs et subjectifs que nos patients retirent de la cigarette afin de donner les clefs pour une meilleure compréhension et ainsi de mieux les accompagner.

## I MÉTHODE

Nous avons réalisé une enquête qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés avec une population d'adultes fumeurs. Nous avons sélectionné notre population parmi les patients volontaires rencontrés lors de consultations en médecine générale tant en milieu rural qu'en milieu urbain. Une affiche en salle d'attente invitait les individus à participer à l'étude.

Les adolescents ainsi que les anciens fumeurs n'ont volontairement pas été inclus. En effet, ne maîtrisant pas l'ensemble des dynamiques en question lors de l'adoption de ce comportement, nous ne voulions pas initier, par exemple, un processus de rechute chez un ex-fumeur ou encourager malgré nous un adolescent dans ce comportement. En revanche, il n'y avait pas de critère en terme de quantité de cigarettes fumées, ni d'ancienneté du tabagisme.

Lorsqu'un entretien était accepté nous convenions d'un rendez-vous ultérieur. Les entretiens avaient lieu au domicile du patient ou dans un lieu neutre afin que l'individu se sente libre de s'exprimer. Il était indispensable que le sujet se sente à l'aise. Ainsi, nous expliquions que notre étude portait sur leur histoire avec le tabac et qu'il ne s'agissait pas d'une consultation de médecine générale. Nous précisions que notre étude s'inscrivait dans une logique de compréhension des fumeurs.

Un guide d'entretien (cf. annexe 1) a été élaboré au préalable à l'aide de questions ouvertes. Les entretiens, enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'accord du patient, duraient entre 30 et 45 minutes et étaient retranscrits intégralement de manière anonyme.

Un court questionnaire sur les données sociodémographiques (âge, sexe, catégories socioprofessionnelles) et le comportement tabagique (nombre de cigarettes fumées par jour, ancienneté du comportement) était soumis en fin d'entretien.

Les données ont été codées puis analysées à l'aide du logiciel RQDA (logiciel d'analyse de données qualitatives). Les résultats ont été traités selon la méthode de théorisation ancrée.

Nous avons analysé les données au fur et à mesure afin d'adapter le guide d'entretien aux résultats découverts. Nous avons arrêté les entretiens lorsqu'une saturation de données s'est ressentie, c'est-à-dire lorsqu'aucune nouvelle donnée significative n'apparaissait dans deux entretiens successifs.

## **II RÉSULTATS**

Après une présentation plus générale, nous suivrons une logique chronologique pour étayer nos résultats.

### **A PRÉSENTATION**

#### **1 L'ÉCHANTILLON**

Nous avons réalisé 18 entretiens semi dirigés de patients fumeurs rencontrés à l'occasion d'une consultation de médecine générale. L'échantillon porte sur dix femmes et huit hommes âgés de 20 à 67 ans. La moyenne d'âge calculée est de 36 ans. Les personnes sont issues de catégories socioprofessionnelles différentes. Une patiente a une profession relative au domaine sanitaire (infirmière).

L'âge des premières cigarettes s'étale de 9 ans à 27 ans selon les participants, avec une moyenne de 15 ans. On relève que pour 3 individus parmi les 18, l'âge d'initiation tabagique est situé après 18 ans.

La consommation varie de 3 à 40 cigarettes par jour. La moyenne est de 17 cigarettes par jour. Le nombre moyen de la consommation en paquet année (P.A) est estimé à 20 PA pour l'ensemble de l'échantillon (de 2 PA à 80 PA)

Deux personnes sont diagnostiquées comme présentant des pathologies liées au tabac (BPCO et AOMI sévère). Parmi ces derniers un participant cumule les deux pathologies et est le plus âgé du groupe.

#### **2 LE DISCOURS DES PARTICIPANTS SUR LES MÉFAITS DU TABAC**

Notre étude est axée sur les bénéfices apportés par le comportement tabagique. Cependant, il ressort dans le discours global des individus interrogés une considération

péjorative de cette habitude : ils décrivent une prédominance des aspects négatifs du tabac sur les bénéfices subjectifs qui sont considérés comme modestes. Nous avons noté de la culpabilité dans certains discours.

*« Y a-t-il d'autres sensations que vous aimez avec la cigarette ?*

*- Il y a plutôt des sensations que je n'aime pas avec la cigarette.*

*-Comme ?*

*-L'haleine. On ne sent pas bon. Le besoin, le fait d'être dépendant. C'est très compliqué. » ENT 14 (Entretien14)*

*« Même si rien ne me fait arrêter de fumer aujourd'hui, il y a une part de moi qui culpabilise. C'est la dernière chose mauvaise que je fais à ma santé à l'heure actuelle. » ENT*

4

Par ailleurs, les participants à notre étude se sentent souvent impuissants et piégés face au tabac.

*« Actuellement [...] il faut que j'arrête et que je n'y arrive pas [...] » ENT 5*

*« Je suis dans un cercle vicieux. » ENT 2*

On note l'existence d'un conflit avec la raison.

*« J'ai arrêté à cause de la raison et il y a ce besoin de fumer qui va complètement à l'encontre de ma raison. » ENT 14*

## **B LE POUVOIR SÉDUCTEUR DU TABAC PENDANT L'ENFANCE**

### **1 FUMER : ÊTRE UN ADULTE NORMAL**

Entourées de fumeurs au sein de leurs familles, certaines personnes interrogées décrivent la cigarette comme un banal objet de leur enfance. En effet, elle faisait partie du quotidien, celui qu'elles avaient toujours connu. Fumer était considéré comme un comportement naturel. Pour eux, la cigarette n'était pas source de polémiques. Certains se disaient naïfs et peu conscients des dangers. Le tabagisme parental était vécu comme un fait parfaitement ordinaire, familier, et par là même non contesté.

*« D'accord, donc ça fumait autour de vous quand vous étiez jeune. Et vous, quelle image aviez-vous de vos parents, et du fait qu'ils fument ?*

*- Pour moi, ça me paraissait logique. J'ai toujours vu mes parents fumer [...] » ENT 1*

*- [...] je trouvais ça normal, j'ai grandi là-dedans. Ma grand-mère maternelle m'a ensuite élevée : ils fumaient pratiquement tous là-bas. Chez ma grand-mère paternelle c'était pareil, ils fumaient quasiment tous. » ENT 5*

Certains soulignent une implication du comportement parental dans la banalisation du tabac durant l'enfance.

*« Oui, étant petit avec un entourage fumeur c'est plutôt banalisant. C'est normal mais c'est un truc d'adulte. Quand on est petit on se dit que c'est un truc d'adulte. C'est normal parce qu'on n'a pas conscience encore de ses côtés nocifs pour la santé [...] » ENT 12*

Néanmoins, toutes les personnes interrogées n'avaient pas un entourage familial fumeur. En dehors du tabagisme familial, la différence de l'image du tabac dans le temps est citée comme une autre explication de la banalisation de celui-ci durant cette période. En effet, certaines personnes relatent une différence notable de l'image du tabac dans le temps

(rationnement gratuit durant le service militaire, peu de campagnes de santé publique). Ils décrivent une époque où le tabac n'était pas « montré du doigt ».

*« Il n'y avait pas de restriction grave à l'époque, c'était tout à fait normal. »* ENT 6

*« Et puis la cigarette à l'époque, on n'en parlait pas autant. »* ENT 1

Puisque fumer représentait une norme dans l'esprit de certains, ils s'imaginaient fumer un jour à leur tour.

*« Et quand je serai plus grand, et bien je fumerai, comme tout le monde ! [...]C'était normal. »* ENT 11

Toutefois, il est à noter que, quelques-uns avaient été témoins des méfaits du tabac sur la santé.

*« Je savais très bien que le tabac n'était pas bien pour la santé parce que ma sœur avait suivi des cures, parce qu'elle avait des problèmes de respiration. Elle avait souvent des bronchites, des rhinopharyngites, des otites à répétition. A l'époque elle avait 7-8 ans et on savait déjà que le tabac y était pour quelque chose. A l'époque, le tabagisme passif dans le vocabulaire et même dans l'esprit n'existait pas encore mais on connaissait quand même les méfaits du tabac. »* ENT 6

La notion de banalisation est donc contrastée. Parmi les personnes interrogées, certaines avaient le souvenir d'avoir condamné verbalement le tabagisme de leurs parents tout en se sentant impuissantes. Ces personnes évoquent une odeur repoussante, voire étouffante. Elles signalent également avoir conscience de certains aspects négatifs du tabac, du fait qu'il s'agissait de quelque chose « de cher » et de « mal ». Elles ne s'imaginaient pas un jour devenir fumeuses.

*« Quand j'étais petite je me disais que je ne fumerais jamais [...]. Déjà ça pue et que oui, que ce n'est pas bien. » ENT 9*

## **2 LA CURIOSITÉ DE L'ENFANT ET LE JEU DE MIMÉTISME**

Le tabac était considéré comme produit réservé à l'adulte.

*« Je m'étais dit que c'était un truc d'adulte. » ENT 1*

Beaucoup témoignent de la volonté des adultes à les préserver de la cigarette.

*« On n'était pas exposé à la maison. On était préservé là-dessus, ça il faut que je le dise. » ENT 16*

Cet objet avait l'art d'éveiller la curiosité, d'intriguer.

*« Oui. Déjà quand j'étais petit, enfant, je voulais les cigarettes en chocolat dans les tabacs. Je me rappelle très bien. C'est quelque chose qui m'a toujours... Dans les bureaux de tabac à l'époque, t'avais des bonbons. Le tabac n'était pas vu comme il l'est aujourd'hui. J'ai 37 ans. J'avais 7-8 ans en 1988. Tu pouvais acheter dans les bureaux de tabac des cigarettes en chocolat. Et moi, je voulais ça. Quand on avait le droit à une friandise, quand mon père jouait au loto, moi je prenais ça. » ENT 13*

Certains rapportaient des jeux durant lesquels ils s'amusaient à reproduire les gestes du comportement tabagique. Jouer à fumer c'était jouer à être grand.

*« Après c'est vrai je me souviens qu'avec les cousines de temps en temps on s'amusaient avec les crayons, à faire le geste de la cigarette : « On fait comme tata ! ». ENT 7*

Un « effet modèle » est également cité comme étant la conséquence de l'admiration portée à l'égard d'un proche fumeur. Ainsi, certains déclarent vouloir tout simplement imiter leurs modèles, ce qui rend la cigarette plus attrayante à leurs yeux.

« Oui, mon père. Mon frère aussi. Et puis j'étais très proche de mon grand frère. Il y avait aussi faire comme mon modèle.

- Le modèle ?

- Pour moi c'était vraiment le plus cool. Du coup il y avait l'effet modèle, je veux faire comme lui. Il y avait un peu de ça. » ENT 9

Cette curiosité et les jeux d'imitations sont également retrouvés chez les personnes ayant manifesté un dégoût pour le tabac, ainsi que chez ceux dont les parents n'étaient pas fumeurs.

« Tiens papy fait ça, donc je vais faire ça... Ce n'était pas vraiment fumer, c'était allumer une clope et faire de la fumée. En plus, c'est plutôt gerbant qu'autre chose, les gitanes sans filtres [...]. On a suivi le même délire, de faire comme papy [...] » ENT 15

### **3 UNE ODEUR MARQUANTE ET AGRÉABLE POUR CERTAINS**

L'odeur de la cigarette provoque des réactions contrastées.

Comme évoqué plus haut, certains témoignent d'un dégoût envers une odeur jugée étouffante voire nauséabonde. Celle-ci est une des raisons d'une répulsion consciente à l'égard de la cigarette pour l'enfant.

Quelques uns en revanche, étonnamment, apprécient cette dernière, la décrivant comme agréable.

« J'aimais bien, ça sentait bon. » ENT 3

### **4 SOUVENIRS AGRÉABLES ET NOSTALGIE**

Le tabac dans l'enfance était associé dans la mémoire de certaines personnes à des souvenirs agréables. Désormais fumeurs adultes, ils relatent cela avec nostalgie.

L'odeur particulière de la cigarette, parfois omniprésente, imbibe les souvenirs d'enfance de certains.

*« C'est très simple, je suis l'aînée de trois filles. Mon père a toujours beaucoup fumé. Nous avons eu mon oncle pendant un moment qui fumait énormément. Beaucoup de gens et des amis de mes parents fumaient. On était continuellement dans un « brouhaha de fumée », toujours enfumés. [...] C'est une odeur, un bruit. C'est l'odeur du tabac [...]. C'est toute mon enfance, c'est toute ma jeunesse [...] » ENT 6*

Comme nous l'avons déjà mentionné, cette odeur était parfois appréciée voire même en attirait quelques-uns.

*« C'est une odeur qui me plaisait. [...] Mon père fumait deux paquets de cigarettes par jour quand même. Moi, c'était donc l'odeur de la cigarette qui m'a poussée en CM2 à m'acoquiner avec une fille pas très recommandable [...] » ENT 6*

La cigarette, cette odeur, la fumée dégagée évoquent dans certaines mémoires une « atmosphère » ou « une ambiance particulière ». Ils se remémorent des moments propices à la discussion et à la convivialité, des moments de divertissements en famille etc.

*« Mes parents fumaient dans la voiture, c'était naturel et puis je trouvais ça toujours très convivial en fait. Je vois encore mes parents en train de fumer à la fin du repas, en train de discuter, ça créait une atmosphère... » ENT 1*

Ces souvenirs semblent parfois édulcorés, un peu magiques :

*« Mais quelle image vous en aviez ?*

*-Une fumée... bleue.*

*-Vous dites cela avec le sourire ...*

*- Oui, quand on arrivait dans la pièce le matin, mon père avait fumé jusque tard dans la soirée, et on se levait toujours très tôt et je savais que cette fumée ne s'en allait pas. Il y avait aussi une odeur bien spéciale. Et quand on regardait des films, c'est vrai que la luminosité de la télé noir et blanc reflétait encore plus l'ambiance cigarette. »ENT 6*

## **5 SYNTHÈSE :**

Ainsi banal objet du quotidien, la cigarette peut attiser la curiosité dès l'enfance. Elle permet d'imiter son modèle, de jouer à être adulte. Parfois, elle grave dans la mémoire des souvenirs de moments agréables.

## **C LES PREMIERS PAS DANS LE TABAGISME**

### **1 L'ACCÈS À LA VIE DE GROUPE ET SES BIENFAITS**

L'adolescence est une période propice aux premiers essais. Les notions d'intégration et d'acceptation par les pairs revêtent une importance toute particulière à cette période de la vie. L'envie de faire partie d'un groupe, d'être accepté pleinement en tant que membre de celui-ci ressort de nombreux entretiens.

*« Au départ, c'était vraiment pour faire comme mes amis, pour être accepté dans un groupe. C'étaient des gens bien d'ailleurs [...] » ENT 1*

*« Oui, vraiment c'était le phénomène de groupe. C'étaient des gens cool, ils sortaient de l'école fumer des cigarettes derrière l'église. Du coup, tu fais pareil. C'est un moyen d'intégration. » ENT 9*

Dans l'esprit des jeunes, l'intégration impliquait l'imitation du comportement des individus du groupe en question. La cigarette pouvait être comparée à un « phénomène de mode ».

« [...] c'était l'effet de mode ce jour-là. » ENT 10

Certains aspiraient en ce faisant à être « comme tout le monde », à « faire partie de la norme », à « ne pas être différents des autres ».

« Je voulais faire comme tout le monde pour être dans le « fun » comme on disait à l'époque. » ENT 2

Fumer était un comportement de groupe facilitant l'intégration de celui-ci.

« Et donc du coup vous étiez bien intégrée ?

- Ça aurait pu être le cas aussi sans. Mais ça a joué que dès le premier jour je fasse comme eux. » ENT 10

Attribuant ce pouvoir à la cigarette, certains jeunes admettent que fumer leur avait exigé des efforts et qu'ils n'avaient pas initialement de véritable attrait pour celle-ci : l'intérêt de cette dernière résidait parfois uniquement dans le lien social.

« Puis, après, j'ai fumé un peu socialement, avant d'aller au lycée. Et finalement, j'ai arrêté parce qu'il n'y avait plus le lien social : peu de gens fumaient donc j'ai arrêté. Et quand je me suis retrouvé dans le groupe j'ai « refumé » socialement ». ENT 13

En d'autres termes la cigarette pouvait constituer un défi, un « test d'intégration ».

« Mais je me souviens que mes potes d'enfance, on avait commencé ensemble. C'était aussi comme un défi, voire comme une intégration du coup vu que les autres fumaient. » ENT

18

Refuser, synonyme de différenciation par rapport aux autres membres du groupe, engendrait la peur du rejet. Certains dénoncent l'existence d'une incitation, voire d'une pression.

*« Ben ça faisait une semaine qu'on avait pris les cours, je ne connaissais personne. Je ne voulais pas être celle qui refuse. J'ai voulu faire comme tout le monde, être bien aimée. »*

ENT 10

Les personnes insistent sur les bienfaits retirés du sentiment d'appartenance à un groupe : une consommation sociale du tabac était propice à des moments de convivialité, de partage et de festivité.

*« En fait, c'était pour faire comme les copains. C'est-à-dire qu'on va dans un groupe d'amis et on vous propose une cigarette [...] C'était plus un moment convivial à la base... »*

ENT 1

Fumer ensemble devenait une activité partagée des membres du groupe.

*« Pendant les récréés, tout le monde sortait fumer [...] C'était autre chose que les cours, ça nous aérail [...] » ENT 10*

Le tabac était donc ressenti comme un facilitateur dans les interactions sociales entre adolescents, permettant de créer et tisser des liens. Cet aspect revêt une importance particulière pour les plus timides : la cigarette leur permettait de se sentir l'égal de l'autre, de faire face à leur timidité et à la peur de l'inconnu.

*« J'avais l'impression d'être comme un peu tout le monde. Donc du coup les gens venaient me parler... » ENT 7*

La déception pouvait être de mise lorsque la cigarette, vue comme moyen potentiel d'intégration, n'aboutissait pas à être reconnu comme membre du groupe, ce qui témoignait de l'existence d'un écart entre les attentes et la réalité.

*« Qu'est-ce que vous attendiez d'eux ?*

*- De faire partie intégralement de leur groupe. Mais en fait rien n'a changé. » ENT 5*

Par ailleurs, les personnes interrogées font le parallèle entre tabac et cannabis, qui possèdent selon elles des similitudes dans le processus d'intégration chez les jeunes.

*« Tu commences par une clope, il y a le joint qui ne suit pas loin derrière. Au début c'était moyen d'intégration et ça par contre c'est le côté super cool. Il y a que les fufous qui font ça, le côté trop cool. Ça au début c'était avec les copains. Et ça a suivi le même phénomène que la cigarette. » ENT 9*

## **2 L'EXPÉRIMENTATION D'UN PRODUIT INTRIGUANT**

Le désir de faire sa propre expérience de la cigarette, de quelque chose de « nouveau » est exprimé dans de nombreux entretiens : les termes « essayer », « tester » sont fréquemment employés.

*« C'était quelque chose de neuf, de bizarre. » ENT 16*

*« J'avais 13 ans, avec les copines, pour essayer comme ça [...]. Il y en a une qui est venue avec et on a essayé. » ENT 7*

Les souvenirs de ce premier essai semblent assez nets, preuve de leurs caractères marquants.

*« Alors, ma première cigarette c'était une pêche-abricot (rires). Je m'en souviens très bien. Le goût n'était pas désagréable. » ENT 1*

Objet intrigant, à l'origine de nombreux questionnements, elle parvenait à attiser la curiosité.

*« Ça s'est fait tout seul, c'était de voir les gens faire. Vouloir essayer, se dire « attends pourquoi eux ils le font [...] ». ENT 7*

*« Ben peut-être parce que je voyais beaucoup de gens le faire et que cela m'intriguait. [...] Donc on s'est dit on essaye, on verra bien ce que ça fait. » ENT 7.*

Ainsi cet état d'esprit pouvait être le moteur des premiers contacts intimes avec le tabac. Comme nous l'avons précédemment mentionné ses fondements pouvaient remonter jusque dans l'enfance.

Par opposition à la pression de groupe précédemment citée, certains jeunes revendiquent ainsi le choix de fumer en tant que décision personnelle. Cependant, malgré un choix qui se voulait parfaitement assumé, l'existence d'une certaine appréhension ressort de certains discours.

*« On en avait parlé. Et on avait dit qu'on voulait tester ça. On avait un peu d'argent de poche, on s'était réservé le truc. C'était une opération : « opération tabac ». On était devant : « alors t'y vas ? - Non, vas-y-toi ! ». Et lui, ses parents fumaient. Et je me suis dit que ça me paraissait plus logique que lui y aille. A l'époque, on flippait, on n'était pas des criminels mais... » ENT 13*

Par ailleurs, nous notons qu'il était courant d'être accompagné lors des premières expériences : la découverte du produit se faisait rarement seul. Parfois le jeune était entouré de personnes plus âgées et, par définition, plus expérimentées.

*« La première clope on l'a fumée ensemble mais après on ne se retrouvait pas pour ça. » ENT 13*

En outre, la facilité d'accès à la cigarette est soulignée par certains.

*« En tout cas c'était à disposition. Ce n'était pas caché. On ne se disait pas qu'à dix ans qu'on allait fumer des clopes. » ENT 15*

L'expérimentation du tabac peut s'inscrire dans un tableau d'exploration générale : découverte des premières soirées, d'autres produits (cannabis, alcool, etc.).

*« C'était en seconde. J'avais 16 ans. Je n'ai pas commencé par la cigarette. J'ai commencé par un truc illicite : le joint. » ENT 10*

La plupart du temps cette expérimentation est attribuée à un manque de maturité ou aux déboires de jeunesse.

*« A 13 ans, on sait ce qu'on fait mais on n'est pas vraiment mûr dans notre tête pour se dire que ce n'est pas bien de le faire. » ENT 7*

Cette étape était l'occasion de découvrir les effets de la cigarette : vertiges, toux, odeur, goût etc.

Rares sont ceux qui appréciaient les sensations initiales.

*« C'est dégueulasse au début, c'est bizarre. » ENT 7*

*« Elle n'était même pas agréable sur le coup. » ENT 4*

Quelques-uns en revanche déclarent ne pas avoir éprouvé de sensations physiques désagréables. Le goût pouvait même être décrit comme agréable. Il existe tout de même des contradictions sur cet aspect gustatif quand on procède à l'analyse de l'ensemble du discours de ces personnes.

*« Toutes les premières clopes que j'ai fumé c'était parce que j'aimais ça [...] j'aimais bien le goût [...]*

- *Et vous aimiez même le goût ?*

- *Oui, mais je crapotais. » [...] Il y a trois quatre ans, j'ai été malade, j'avais mal à l'estomac. J'ai cru que j'avais un ulcère, j'étais alité, avec de la fièvre et des*

*vomissements pendant plusieurs jours. Et donc je n'ai pas fumé pendant cinq jours. [...]Et donc j'allume ma clope, c'était dégueulasse. Le goût n'était pas le même [...]. Alors que je m'attendais à un plaisir. » ENT 13*

Le « crapotage » ou l'« habitude » liée au tabagisme passif sont des explications avancées pour expliquer ce phénomène.

Quelques-uns déclarent tout de même avoir apprécié les sensations vertigineuses des débuts.

*« Au début, la tête tourne légèrement, c'est très sympathique. » ENT 4*

Par ailleurs, les jeunes exploraient entre eux les différentes saveurs de la cigarette : les goûts aromatisés rendaient l'expérience de certains plus appréciable.

*« Le samedi nous allions sous l'église et il y avait des salles et on se réunissait entre jeunes. On faisait du basket et naturellement il y avait des cigarettes qui tournaient. Comme maintenant les joints. C'était la découverte des sensations : le menthol, la pêche et les chewing-gums à la pêche associés évidemment. » ENT 6*

Pour conclure, malgré des premiers essais plutôt désagréables, voire décevants en termes de sensations physiques pour la plupart, tous ont tôt ou tard réitéré, se sentant capables de ne pas « tomber dans l'engrenage », sous-estimant la puissance addictive du tabac.

*« Bon, j'étais déçue la première fois puisque l'odeur, les sens de la première taffe de cigarette ...j'étais déçue parce que là je me suis vraiment rendue compte de l'odeur et du goût. » ENT 6*

*« Alors au début, on tousse et on est un peu dégoûté. Mais on essaie, on reste là-dedans, on se dit qu'on ne va plus tousser. » ENT 2*

« *Je me suis dit : « c'est les vacances puis après on revient et on arrête. » » ENT 14*

### **3 LA CIGARETTE : « UN JEU DE CACHE-CACHE » EXCITANT**

« *On va jouer et tu vas voir je vais gagner »*. ENT 8

Aux yeux des adolescents, la cigarette symbolisait l'interdit qui émanait principalement de l'autorité parentale.

« *En fait la cigarette c'était un interdit.* » ENT 5

« *Vous avez dit interdit ...c'était interdit par qui ?*

- *Par ma mère.* » ENT 5

De ce fait, la consommation du tabac prenait les allures d'un secret. Ainsi, diverses stratégies étaient de mise afin de dissimuler cette nouvelle expérience interdite.

« *Un jour avec ma sœur, on était dans le même lycée et on se cachait l'une de l'autre parce qu'il ne fallait pas que l'une voit l'autre fumer »* ENT 1

« *Je ne voulais pas fumer devant mes parents et je les engueulais quand même tant qu'ils ne savaient pas que je fumais. Je disais "Vous avez vu ? Ça pue.". Je fumais quand même.* » ENT 2

L'appréhension de la réaction parentale est couramment exprimée.

« *Mes parents ne l'ont pas su tout de suite, ils m'auraient tué.* » ENT 2

Pour les plus précoces d'entre eux, il s'agissait également de cacher la cigarette à leurs camarades, de peur d'être jugés, jusqu'à ce qu'avec le temps, le tabagisme soit communément admis (à titre d'exemple, le tabagisme mal vu au collège, devenait accepté au lycée).

*« On était au collège. Donc on devait avoir 13-14 ans peut-être et c'était ultra tabou. Personne ne fumait dans le collège où j'étais. On était trop jeune, en fait. Et à cette époque-là tu ne fumais pas à 13 ans. C'était super rare. Et du coup, avec le copain avec qui on a fait ça c'était presque...On devait se cacher des autres copains [...] » ENT 13*

Se disant conscients de leur acte, certains appréhendaient le regard des adultes et témoignent d'un certain malaise.

*« [...] On avait trop honte d'aller acheter un paquet. » ENT 8*

*« Il ne faut pas que les gens te voient parce que tu sais que ce n'est pas bien. » ENT 9*

L'adolescent se retrouvait donc embourbé dans un « jeu » qu'il considérait comme « dangereux ». Flirter avec l'interdit, risquer à tout moment d'être démasqué revêtait un caractère excitant pour certains.

*« C'est comme un truc interdit. T'es dans l'interdit, ça te plaît. » ENT 13*

*« Donc je pense qu'il y avait cet interdit, parce que j'avais le cœur qui battait. Je me demandais si mes parents allaient sentir. » ENT 6*

*« Et en plus le grand jeu c'était que les autres ne le sachent pas. En fait il fallait que tout le monde le sache mais que personne ne le devine (rires). Surtout pas mes parents. Il ne fallait pas que je sente la clope.*

*- Vous avez dit c'était un jeu ?*

*- Oui c'était un grand jeu de cache-cache et quand tu joues à cache-cache, le but c'est que les gens sachent que t'es là mais qu'ils ne te voient pas et te trouvent pas. » ENT 8*

Certains décrivent la naissance d'amitié, de complicité et de rapprochement autour de ce jeu.

*« Elle venait à la maison, on avait nos petits moments, on allait dans le jardin. On avait un arbre de la cigarette parce qu'il y avait que des mégots par terre qu'on enterrait. Ça aussi ça aide vachement parce que tu passes un moment avec ton amoureux. On fumait, puis au fur et à mesure on a de plus en plus fumé. [...]Et je me souviens, les roulées on ne savait pas les rouler. [...]Je me souviens qu'on avait des techniques, on n'y arrivait pas au début. On faisait comme ça. Il y a un truc qui s'est construit, et c'est là où je veux en venir. » ENT*

18

Ce jeu de cache-cache pouvait prendre les airs d'un jeu de rôle : personnalité sage à la maison, rebelle à l'extérieur.

#### **4 UNE RUPTURE SYMBOLIQUE AVEC L'ENFANCE**

Le désir de « grandir » est explicitement évoqué dans la plupart des entretiens. À l'adolescence, les personnes interrogées disaient se sentir plus matures, plus intelligentes qu'auparavant.

*« J'étais déjà donc un peu plus mature, en tout cas c'est ce que je ressentais. » ENT 6*

Parfois, on pouvait mettre en évidence une corrélation de ce désir avec une étape particulière de leur vie (le passage du collège au lycée, l'acquisition de nouvelles libertés etc.).

*« L'année d'avant il ne fallait surtout pas fumer, on était top jeune. Au collège, fumer égal se cacher etc...Ce n'était pas bien. Mais à partir du moment où on pouvait fumer librement au lycée, je n'y voyais pas d'inconvénient. » ENT 1*

Certains manifestaient cet attrait envers les « grandes personnes » en côtoyant un milieu plus âgé.

*« Moi, aussi, j'étais dans un milieu plus âgé, c'était ça qui m'intéressait. C'était donc peut-être pour faire comme les grands. » ENT 6*

« Devenir grand » ou « adulte » c'était adopter et imiter les comportements de ces derniers. Le tabac étant le propre de l'adulte, il constituait à ce titre un bon moyen. Certains nous ont également cité le maquillage ou le travail.

*« J'ai fait plein de trucs comme ça. Ça, c'est moi, c'est ma personnalité. Je me maquillais dans l'ascenseur, le vernis planqué à la cave » ENT 6*

*« Est-ce que ça vous permettait de faire autre chose la cigarette ?*

*- De faire comme les grands » ENT 3*

Fumer ne se limitait pas seulement à imiter le comportement « des grands ». C'était également une manière de s'autonomiser. En effet, la consommation de tabac se faisait à l'insu des parents, obligeant l'adolescent à braver un interdit. Ainsi il faisait fi de l'autorité parentale, prenant ses décisions lui-même.

D'ailleurs, ce lien entre « franchir un interdit parental » et « se sentir plus mature » est littéralement énoncé.

*« Et avec les amis comment ça c'était passé ?*

*- En fait la cigarette c'était un interdit. Je me sentais plus adulte, plus mature. » ENT*

5

En essayant d'acquiescer une vie d'adulte, les jeunes fumeurs devaient se débrouiller pour trouver et financer leur consommation.

*« Comment vous vous en procuriez ?*

*-Ça c'était toute une mission. Quand j'étais au collège, j'avais de l'argent de poche, alors on allait au tabac. A l'époque les bistros, les restaurants les vendaient encore, sans besoin de consommation sur place. On allait dans le village à côté les samedis soirs pour acheter des cigarettes. On se disait avec ma copine : « c'est qui qui rentre pour en acheter ? », elle me répondait : « moi j'ose pas ». Alors je disais « moi c'est bon je rentre ». »*

ENT 5

Des sentiments ambivalents sont décelables dans les discours. D'un côté, certains expriment la volonté d'autonomisation, la décision personnelle de fumer et même l'excitation de l'interdit, de l'autre côté, ils témoignent une crainte démesurée de se « faire prendre » et d'assumer leurs actes.

*« Et on s'est fait prendre [...]. La grosse trouille de ma vie parce qu'elle a téléphoné à l'immeuble. Je n'ai pas osé rentrer et quand je suis rentrée, j'étais punie. J'attendais la réaction de mon père qui était en fait étonnante. Je pensais avoir la plus grosse raclée de ma vie. »* ENT 6

En effet, tous relatent avoir conscience des dangers du tabac et de la prise de risques.

*« Je savais très bien que le tabac n'était pas bien pour la santé parce que ma sœur avait suivi des cures parce qu'elle avait des problèmes de respiration. »*

Pour certains, la découverte du secret par les parents était l'occasion d'être mis face à leurs responsabilités.

*« C'est pour ça que je n'avais pas le droit de fumer à la maison. Et je trouve ça plus intelligent dans le sens-là, plutôt que de nous faire une leçon de morale parce qu'on en a conscience que ce n'est pas bien que c'est dangereux. Plutôt que d'appuyer ça c'est « tu*

*prends tes responsabilités, si tu veux fumer, tu trouves l'argent parce que je ne les finance pas et tu ne fumes pas à la maison. »*

Fumer représentait donc une rupture symbolique avec l'état d'enfance de par le caractère propre à l'adulte, interdit et dangereux de la cigarette.

## **5 L'EXPRESSION D'UNE RÉBELLION**

Plus qu'une volonté d'autonomisation, certains expriment une rébellion face à l'autorité parentale. Comme nous l'avons dit plus haut, la cigarette étant l'interdit et de surcroît dangereuse pour la santé, elle pouvait donc en être l'instrument idéal.

Quelques-uns expriment donc un attrait pour l'interdit et une volonté de tester les limites de l'autorité parentale, témoignage, selon eux, d'un certain courage.

*« Mais mon père m'a dit : « tu as essayé et c'est la dernière fois que tu y touches. Si je te vois un jour fumer, je te ferai fumer un cigare ». Donc, je n'ai pas attendu qu'il m'en fasse fumer, je l'ai fumé moi-même et par plaisir. » ENT 6*

Pour transgresser les règles, il était important de s'entourer et de trouver des personnes pouvant être des soutiens.

*« Il y avait les « bad boys » et les « bad girls ». Il y avait aussi ça dans mon quartier. Elle, elle fumait et c'était pour moi l'occasion de toucher une cigarette. » ENT 6*

On retrouve dans le discours de ces personnes une souffrance ou une rancœur envers les parents. A titre d'exemple, parmi les personnes ayant exprimées le besoin de se rebeller, on retrouve dans leurs histoires des violences parentales ou encore le sentiment étouffant d'être constamment exemplaire.

*« Je suis née en janvier. J'ai appris à lire et écrire avant tout le monde mais j'ai tout de même fait ma dernière année de maternelle parce que mes grands-parents étaient FFA. J'étais chez eux pendant 9 mois parce que ma mère était en préventorium. Elle est restée pas mal de temps et donc on est restées avec ma sœur et comme on ne s'entendait pas du tout, le meilleur moyen était de me mettre à l'école parce que j'étais raisonnable. Et on m'a mise au fond de la classe, et j'ai appris à lire et écrire comme tout le monde. Et on m'a quand même fait faire mon année et donc j'étais toujours dans ma classe une des plus vieilles. J'avais presque 12 mois de différence avec les personnes de ma classe. J'étais déjà donc un peu plus mature, en tout cas c'est ce que je ressentais. Et c'est normal, j'étais l'ainée de trois filles donc il fallait que je montre l'exemple. Et ça, ça a beaucoup joué. » ENT 6*

La désobéissance générait donc parfois plaisir et excitation, si ce n'était pas un appel à l'aide ou une volonté d'attirer l'attention. Plaisir qui était parfois exacerbé devant l'impuissance parentale face à ce comportement, incitant à surenchérir.

Cela permettait par ailleurs, à celui qui agissait ainsi de se donner une image de rebelle auprès de ses camarades.

## **6 LA CONSTRUCTION D'UNE IMAGE**

Se forger une image était une des motivations des jeunes fumeurs. Il ressort des entretiens que le but était de créer l'illusion et de ressembler à quelqu'un d'autre. Ceci prouvait que les adolescents étaient conscients qu'il existait un contraste entre la réalité (ce qu'ils étaient vraiment) et l'image qu'ils souhaitaient renvoyer (ce qu'ils voulaient être). En effet, il s'agissait là d'un jeu de rôle.

*« Ben en seconde, l'adolescence, voilà j'ai eu envie d'essayer et de faire genre « je suis rebelle ». Je ne me souviens pas des circonstances exactes mais je sais bien que c'était pour faire genre. » ENT 8*

Les caractères « dangereux », « réservé à l'adulte », « amusant » ou le fait que la cigarette puisse être assimilée à un signe d'appartenance à un groupe, l'influence médiatique, conféraient à cette dernière et à celui qui la détenait en main une large gamme de possibilités en termes d'images (ce qui n'était pas le cas de la pipe par exemple. « *Je n'ai jamais vraiment fumé la pipe. Ça faisait un peu papy.* » ENT 15).

Objet ostensible, elle contribuait à faire la démonstration d'un statut, d'un trait de caractère, ou d'un « style convoité ».

« *Toutes les premières clopes que j'ai fumé c'était parce que j'aimais ça, je trouvais que ça donnait un style sympa [...]* » ENT 13

« *A l'âge de 14 ans, j'ai commencé à travailler et à fumer pour faire comme les autres. A l'époque je fumais des Gauloises, des Royales. Tout ce qui faisait un peu chic.* » ENT 11

Certains expriment la volonté de « frimer », de vouloir se démarquer des autres, de se donner une prestance, une image de personne « cool », « classe », ou qui « savait s'amuser ».

« *Mais qu'est-ce que ça signifiait pour vous de fumer ? Pourquoi est-ce que ça vous a tant attiré ?*

- *Il y avait l'interdit [...]. Mais aussi un peu la frime.* » ENT 6

Certains paquets de cigarettes prouvaient que l'on avait les « moyens ».

« *C'est le paquet où les clopes sont blanches, masculines hein, côté masculin. Elles avaient un style particulier. Déjà elles étaient plus chères. Je voulais déjà montrer... Puis on se la pétaït parce qu'il y avait un style. Les Davidoff étaient réputées pour avoir un paquet classe et tout.* » ENT 18

La plupart aspirait, comme nous l'avons évoqué plus tôt, à être considéré comme plus mature, plus adulte.

Pour les plus timides, il était question de renvoyer l'image d'une personne « normale », plus détendue, de se fondre dans la masse pour s'intégrer à un groupe.

Pour d'autres, il s'agissait de se donner une image de rebelle, « de voyou », de se défaire d'une image considérée trop sage, de manifester une certaine agressivité etc.

*« Ça faisait un peu voyou, parce que j'étais une bonne élève, j'étais sage. » ENT 6*

Parfois, sous l'influence médiatique, il s'agissait d'imiter l'attitude, la gestuelle d'un personnage de film, d'une idole.

*« Mais à cette époque-là j'étais fan de X-files, la série. Le grand méchant c'était « l'homme à la cigarette ». C'était un de mes méchants préférés. Je me rappelle quand je fumais, je faisais les mêmes gestes que lui faisait. Ça c'est des trucs de gosses, de gamins quand tu y repenses. Tu prenais pareil (il prend une pose)... Vraiment. Bon, après pour moi ce n'était pas fumer, c'était jouer un peu. » ENT 13*

Par ailleurs, la cigarette provoquait forcément une réaction auprès des autres adolescents et avait donc une conséquence sur les interactions entre jeunes.

*« J'avais 13 ans lors de ma première cigarette. Il y en avait qui fumaient déjà et ça faisait cool, c'était l'interdit, période un peu d'adolescence. » ENT 9*

Certains aimaient susciter l'admiration des autres ainsi que le pouvoir attractif que la cigarette pouvait conférer.

*« Ça attirait. Il y avait des nanas qui venaient avec nous parce que nous, on savait s'amuser. » ENT 13*

La cigarette avait un pouvoir séducteur.

*« C'était un jeu de séduction aussi. Je pense que si je ne fumais pas, ce n'est pas qu'on n'aurait pas pu sortir ensemble mais elle était très dans cette atmosphère-là. » ENT 18*

Parfois il s'agissait de se cacher derrière l'image du « fumeur » pour se sentir « normal » et pouvoir interagir plus facilement avec d'autres personnes.

Tout ceci souligne l'importance du regard des autres dans la construction de l'image de l'adolescent lui-même. Donc fumer pouvait, entre autre, permettre de se sentir « cool », « rebelle » ou tout simplement « normal ».

Pour conclure, tous souligne une satisfaction personnelle dans ce jeu de rôle.

*« Et c'était comment ce premier essai ?*

*- On était dans la forêt derrière chez moi. On a fumé chacun notre clope. On était tout content d'avoir « fait les grands » » ENT 13*

*« Par contre, j'avais peur que mes parents me trouvent trop jeune pour fumer et qu'ils fassent cet amalgame en disant : "t'es trop jeune, etc. Ce n'est pas bien, t'es trop jeune. Ça fait délinquant. "Il n'y a pas du tout eu cette réflexion. Ma mère a été claire « on vous a montré l'exemple, on assume ». J'ai trouvé ça cool. Je me suis dit « ah c'est bien ! » (Rires). Ce qui fait qu'on s'est très vite retrouvé à fumer notre cigarette ensemble avec les parents.*

*-Et comment vous vous sentiez quand vous fumiez tous ensemble comme ça ?*

*- Adulte » ENT 1*

## **7 S'AMUSER**

Par tous les aspects précédemment cités, l'usage de la cigarette à l'adolescence pouvait refléter simplement une volonté de s'amuser.

Tout d'abord, comme nous l'avons vu, jouer avec l'interdit était parfois assimilé à un jeu excitant.

*« T'es dans l'interdit, ça te plait. » ENT 13*

La cigarette était également un jeu de rôle, elle permettait de se donner une image, de « jouer à faire semblant ».

Fumer c'était également le reflet d'une volonté d'être accepté par un groupe, ou d'attirer l'attention de ses pairs. Certains adolescents craignaient d'être mis à l'écart, ainsi ils imitaient leurs amis pour « être dans le fun », et vivre des moments conviviaux.

*« Je voulais faire comme tout le monde pour être dans "le fun" comme on disait à l'époque. » ENT 2*

Ensuite, comme nous l'avons évoqué, la cigarette faisait l'objet d'une curiosité et donc d'une expérimentation, de découverte des sensations physiques et gustatives. Parfois, il entrait dans un cadre plus large de découverte d'autres produits.

Elle devenait également l'alliée des sorties entre amis, reflet de son utilisation festive.

*« Mais par contre à partir de là, on a commencé à faire des soirées, à boire de l'alcool. Et on était du coup, pour moi, dans un truc festif et donc pour moi sans clope c'était impossible. Alors qu'avant, je ne sortais que très peu. » ENT 13*

De même, certains avaient fait leurs premières expériences de la cigarette pendant des vacances ou lors d'une soirée.

Enfin, le fumeur débutant sous-estimait les dangers de la cigarette, pensant être capable de se contrôler, ne s'estimant pas réellement fumeur.

*« Tout le monde fumait. Je me suis dit : « Pourquoi pas moi ? J'essaie ! ». Et comme de toute façon je n'aimais pas l'odeur je ne pensais pas tomber dans l'engrenage. » ENT 2*

## **8 LA CIGARETTE : UN SOUTIEN DANS UNE SITUATION D'IMPASSE**

### **PSYCHOLOGIQUE**

La consommation de tabac pouvait trouver son origine dans une détresse psychologique.

Contrairement aux autres items précédemment décrits, qui étaient des motifs de début, principalement pour adolescents, consommer du tabac pour résoudre un problème est une des raisons également chez les plus âgées.

Les problèmes en question sont d'ordre moral. Cette souffrance psychologique peut être sous-tendue par des problèmes physiques (par exemple : avoir des problèmes de corpulence, subir des moqueries de ses camarades et en souffrir.)

*« On me traitait de grosse à l'école, donc au lieu de manger je préférais fumer. Ça me permettait d'évacuer mon stress par rapport à mon poids. » ENT 3*

*« J'ai eu un évènement pas facile. C'était le divorce de mes parents, la séparation. J'étais une fois chez l'un une fois chez l'autre. Tant de choses qui ont fait que... » ENT 3*

Le degré de la détresse psychologique est variable, tout comme les raisons de cette dernière : il peut s'agir aussi bien d'un stress intense face à la préparation d'un examen, de difficultés d'intégration, de violences physiques subies pendant l'enfance etc.

La souffrance donne naissance à un sentiment de besoin qui doit être comblé : le besoin de trouver une solution, une réponse à cet état.

*« Que vous a apporté la cigarette par rapport à cette situation ?*

- *Pour moi, c'était un calmant...Je fumais non pas par plaisir, mais par besoin.* » ENT

3

« *Pourquoi vous étiez contre le tabac ?*

- *Parce que c'est mauvais pour la santé. Et à cette époque-là ça ne m'intéressait pas du tout. S'il n'y avait pas eu le stress des partiels, je ne pense pas qu'un jour j'aurais commencé.* » ENT 4

En somme, l'individu décrit une nécessité d'être dans l'action face au problème qu'il subit.

L'intérêt suscité pour le tabac peut donc trouver ses origines dans ces situations de détresse. Objet banal et dont les effets sont plus ou moins connus de tous, le souffrant finit par supposer que la cigarette peut lui apporter une aide plus ou moins appropriée. Le tabac est donc vu en tant que produit pouvant soulager les maux.

A titre d'exemple, une des personnes interrogées, en proie au stress, affirme que ses amis lui ont auparavant fait part des vertus relaxantes du tabac.

« *En fait je m'étais acheté un paquet à force de voir mes amis fumer. C'était une période de gros stress, parce que j'attends souvent la dernière minute.*

- *Vous l'aviez acheté pourquoi ce paquet?*

- *Ben pour le cas où. Je me suis dit au cas où j'ai trop de stress, je voulais savoir si ça pouvait m'aider. Parce que c'est ce qu'ils me disaient tous les deux.* » ENT 4

Ainsi, des amis bien intentionnés se souciant du bien-être de l'intéressé pouvaient lui offrir une cigarette.

*Donc, mes colocataires fumaient de temps en temps, ils me proposaient une cigarette et je fumais avec eux. [...] Euh, on se racontait nos malheurs en fait. En fait, la clope ça a toujours été un sorte de réconfortant. » ENT 8.*

Dans le cas sus-cité, des amis proposaient une cigarette dans le but de réconforter sans pour autant le nommer ainsi. La « cigarette-solution » pour soulager les maux semblait tabou.

*« [...] elle me proposait une clope, puis une deuxième et une troisième. Elle a jamais dit « tiens un clope ça ira », elle l'a jamais verbalisé. » ENT 8*

Il y a donc, dans certains cas, un mimétisme dans la consommation du tabac : une envie d'essayer pour tester l'efficacité face à un problème, faire comme les autres.

Il existe parfois une crainte du produit, ce qui peut expliquer le laps de temps existant entre l'idée de la consommation qui germe et le franchissement du pas de l'expérience personnelle des effets recherchés.

L'avantage de la cigarette en tant que réponse à une souffrance psychologique est son caractère concret, palpable, disponible quand le besoin s'en fait sentir et d'accès assez facile.

A l'issue de leur expérience, chacun trouve une aide qui lui convient plus ou moins: capacité à gérer le stress, utiliser l'effet anorexigène pour contrôler le poids etc...

Parfois la « cigarette-solution » semble être un moyen plus contourné pour faire face à la souffrance. En effet, fumer peut constituer un appel à l'aide, une volonté d'attirer l'attention ou encore être une preuve de rébellion face à une souffrance.

*« Ma mère me battait. Elle m'a toujours tapée. Et donc pour me rebeller, ou attirer l'attention j'ai fait des choses auxquelles je n'avais pas droit. » ENT 5*

Il existe parfois une ambiguïté concernant la recherche initiale de réconfort dans la cigarette : fumer pour certains équivalait à chercher une diversion pour souffrir moins, quitte à se faire du mal.

*« Il y a des fois où c'est par pur esprit d'autodestruction, et j'ai tellement envie de me détruire que je sais que c'est destructeur donc je vais le faire. Il y a des fois [...] pour éviter de penser à des trucs soit je vais penser à des trucs très désagréables pour que ça me fasse virevolter la tête et que ça adoucisse les choses auxquelles je pense. ENT 8*

Lorsque l'individu est dans la quête d'une solution à un problème, l'usage de la cigarette dans cette optique devient plutôt un usage personnel, plus isolé par opposition à une consommation sociale.

*« Et du coup la clope c'était un truc de réconfort et je me suis mise à fumer beaucoup plus et beaucoup plus régulièrement et toute seule parce qu'avant je ne fumais jamais toute seule. » ENT 8*

## **9 UN OUTIL ISSU DU RÉSULTAT D'UN APPRENTISSAGE ET D'UN CHANGEMENT DE REGARD SUR LE TABAC**

L'étape obligatoire « d'apprentissage » est décrite par la plupart des personnes. Savoir fumer n'est pas quelque chose d'inné : les jeunes fumeurs passent par une phase d'expérimentation ou une phase d'essai.

Comme nous l'avons évoqué, la cigarette fait l'objet initialement de craintes, de réticences à aller vers l'inconnu, vers un produit qu'ils savent dangereux ou interdit.

*« J'étais étonnée de la voir fumer : je lui ai dit : « Tu fumes ? » Elle m'a proposé. Moi j'ai dit : « Non, moi je ne fume pas ! ». Et c'est comme ça que j'ai commencé. Je me suis dit :*

« Mais si j'essaye, ça va sentir. ». Elle m'a dit : « Mais non, avec les mentholées, ça sent la menthe. » Et je me suis dit : « Pourquoi pas ? Ben, oui je grandis maintenant. » ENT 5

Pour qualifier leurs débuts avec la cigarette, certains emploient les termes de « crapoter » décrivant ainsi un tâtonnement.

« J'ai crapoté comme tout le monde je pense. » ENT 9

Nous avons mentionné également la description d'une gamme de sensations désagréables : dégoût, larmoiements, vertiges, toux. Beaucoup déclarent ne pas avoir retiré du plaisir de ces premières expériences.

« Elle n'était même pas agréable sur le coup. Au début j'ai crapoté. Puis après, quand j'ai appris à fumer, je me souviens, on crache tout, le cœur bat à 200 battements par minute, les larmes montent aux yeux. » ENT 4.

Certains nuancent un peu en affirmant avoir apprécié le goût du tabac. Parmi ceux-là, on note notamment l'usage de cigarettes aromatisées.

« C'était la découverte des sensations : le menthol, pêche et les chewing-gum à la pêche associés évidemment... » ENT 6

Dans la même idée, quelques-uns décrivent l'aspect appréciable des vertiges, provoquant une sorte de perte de contrôle. Parfois, ils le comparent au cannabis...

« C'est-à-dire ? La tête qui tourne, je rigolais. Bon le joint, je voyais d'autres chose mais.... (Rires) Non c'était marrant, je rigolais, ça tournait un peu. Les trois premiers ça fait ça puis après... » ENT 10

Malgré tous les désavantages cités, les personnes de notre enquête ont persévéré dans le tabagisme. Sachant que les effets physiques n'étaient que passagers, certains avaient

confiance en leur capacité à un jour fumer correctement. D'autres se sentaient en mesure de contrôler leur consommation et ne s'estimaient pas réellement en danger.

D'ailleurs, certains étaient rassurés par le dégoût qu'ils avaient de la cigarette, pensant que cela les protégerait du piège de l'addiction au tabac.

*« Et comme de toute façon je n'aimais pas l'odeur je ne pensais pas tomber dans l'engrenage. En fait, je suis tombée dedans. » ENT 2*

D'ailleurs, aucun ne se considérait fumeur à ce stade.

Les quantités de cigarettes consommées étaient d'ailleurs progressives, permettant une habitude du corps.

Puis arrivait la maîtrise du geste, de l'inhalation en même temps que l'évolution de la consommation.

S'introduisait ainsi la notion de plaisir relevant du tabac, résultat d'un apprentissage : plaisir qui ne pouvait être compris que par les fumeurs.

*« Bon, j'étais déçue la première fois puisque l'odeur, l'essence de la première taffe de cigarette ...j'étais déçue parce que là je me suis vraiment rendue compte de l'odeur et du goût. Parce que ça peut être très bon et sentir très mauvais et ça peut sentir très mauvais et être bon. C'est comme le munster. Pour les gens qui n'aiment pas le fromage c'est insupportable de pouvoir se dire « comment on peut manger ça ? ». La cigarette, c'est pareil pour les gens qui n'ont pas fumé. » ENT 6*

Parallèlement aux bienfaits qu'ils en retiraient (calmer l'anxiété, parler plus facilement avec les autres, soulager un mal-être), le fumeur modulait sa consommation pour affronter diverses situations. En résumé, la cigarette pouvait être utilisée en soirée à des fins festives,

dans des périodes de stress dans un but anxiolytique, pour affronter des situations pénibles, pour parler à différentes personnes, etc.

*« C'est bizarre. Ça joue sur les émotions : enfin maintenant, surtout. »* ENT 18

La cigarette devenait donc un outil pour arriver à certaines fins et s'adapter aux diverses situations de la vie.

Il est également intéressant de noter qu'il existe une évolution de l'image du tabac, en particulier pour ceux qui au préalable avaient les idées les plus négatives (danger du tabac sur la santé, diabolisation du tabac par les parents, sentiment de dégoût, représentation du mal et du danger etc.). Certains ont le souvenir d'avoir condamné le tabagisme étant plus jeunes.

L'évolution du regard porté sur le tabac se faisait parallèlement au fait de côtoyer des amis fumeurs. Ainsi les jeunes qui auparavant déclaraient condamner le tabagisme parental, développaient une image positive des fumeurs, notamment en raison de liens amicaux qu'ils tissaient avec eux. Ils étaient également témoins de ce que pouvaient dire leurs amis sur les prétendus effets bénéfiques du tabac.

*« C'était une image plutôt négative alors contrairement aux gens qui fumaient au lycée...c'étaient des amis »* ENT 1

Quand fumer devenait la norme ou quand c'était plus accepté socialement, en grandissant, l'image négative du tabac s'atténuait également.

C'était donc ainsi que lorsque le besoin se faisait sentir ou lorsque fumer présentait un intérêt aux yeux du novice (intégrer un groupe, surmonter une détresse etc.) qu'il se laissait convaincre à essayer.

Enfin, ce changement de vision du tabac était la résultante d'une expérience personnelle avec les bienfaits retirés de cette utilisation (interactions sociales, utilisations festives).

Par ailleurs certains se disent « agacés » ou « mal à l'aise », éprouvant de la culpabilité lorsqu'ils repensent à ce changement de comportement face au tabac (puisque fumer restait toujours nocif pour la santé).

## **10 SYNTHÈSE**

C'est à l'adolescence que la cigarette revêt son aspect le plus séduisant. Elle a le pouvoir de faciliter l'intégration à un groupe, s'inscrit dans la découverte des sensations et des nouvelles libertés, permet de se glisser dans la peau d'un autre. La cigarette est assimilée à un jeu dangereux et excitant dont les conséquences sont sous estimées.

Par ailleurs, elle pouvait être la conséquence d'une quête de solution à une souffrance psychologique.

## **D LE TABAGISME AU QUOTIDIEN**

### **1 LES SENSATIONS PHYSIQUES**

Les discours des fumeurs laissent transparaître une habitude dénuée d'effets physiques remarquables.

*« En termes d'effet qu'est-ce que ça vous fait ?*

*-Des fois j'ai l'impression que c'est assez neutre comme effet. » ENT 12*

Malgré cela, nous avons remarqué, en y regardant de plus près lors de cette étude, qu'ils expriment tout de même un attachement à certaines sensations physiques.

## 1.1 LA SENSATION DE FUMÉE DANS LES VOIES RESPIRATOIRES

Les fumeurs apprécient le passage de la fumée dans les voies respiratoires.

*« Mais qu'est-ce qui vous manquait : l'odeur, la cigarette du matin, le geste ?*

*- C'est la fumée qui passe là. (Elle montre son cou avec sa main) La sensation de la fumée qu'on respire, qu'on recrache. » ENT 1*

La sensation de chaleur dégagée par la fumée inhalée et recrachée a son importance.

*« Vraiment c'est quand la fumée elle passe, quand je suis là à aspirer la fumée. C'est vraiment ça. J'ai tenté la clope électronique et ce qui me plaît c'est vraiment le côté fumée, quand la fumée elle va passer et la recracher. C'est vraiment le passage de la fumée. C'est difficile à expliquer. Et le fait d'avoir quelque chose de concret. On sent vraiment la fumée qui passe. » ENT 9*

Par ailleurs, les fumeurs sont capables d'évaluer dans une certaine mesure la « consistance » de la fumée ce qui leur permet notamment de faire la différence entre certaines cigarettes appréciées ou non ou encore avec la cigarette électronique.

*« Pourtant il y a de la nicotine dans la cigarette électronique, c'est quoi qui vous déplaît alors ?*

*- Vous la fumez, vous envoyez de la vapeur en l'air, c'est tout, c'est de la vapeur. »*

*ENT 11*

Le plaisir procuré par l'inhalation de la fumée, quand elle est présente, est maximale lors de la première bouffée de fumée de cigarette.

*« Décrivez-moi toutes les sensations que vous procure la cigarette.*

- *La première inspiration/expiration : c'est clairement la meilleure. C'est celle avec laquelle je vais prendre mon temps. Je vais me poser, bien dans ma chaise et expirer. C'est le plaisir à l'état pur. C'est vraiment pendant cette inspiration expiration où je vais prendre mon temps. Je vais la soigner. La faire plus doucement que les autres.* » ENT 4

## 1.2 LE PARADOXE DU PLAISIR GUSTATIF LIÉ À LA CIGARETTE

Comme nous l'avons vu plus tôt, les débuts des jeunes fumeurs sont plutôt marqués par une aversion au goût du tabac.

D'ailleurs, les fumeurs, en allumant une cigarette, expliquent ne pas être dans une quête gustative.

« *La cigarette au goût ce n'est pas bon.* » ENT 1

Cependant, à la différence de leurs débuts, ils ont réussi à éduquer leur goût, résultat d'un apprentissage personnel dont le « secret » est détenu uniquement par les fumeurs confirmés.

« *Bon, j'étais déçue la première fois puisque l'odeur, l'essence de la première taffe de cigarette ...j'étais déçue parce que là je me suis vraiment rendue compte de l'odeur et du goût. Parce que ça peut être très bon et sentir très mauvais et ça peut sentir très mauvais et être bon. C'est comme le munster. Pour les gens qui n'aiment pas le fromage c'est insupportable de pouvoir se dire « comment on peut manger ça ? ». La cigarette, c'est pareille pour les gens qui n'ont pas fumé.* » ENT 6

Certains soulignent que pour pouvoir apprécier les cigarettes jugées « bonnes », il faut poursuivre cette éducation gustative et par conséquent consommer des cigarettes jugées « inutiles », ne procurant pas réellement de plaisir.

*« Si maintenant, je ne fume pas de la semaine, je sais qu'elle ne va pas être bonne. C'est là qu'on se dit qu'on est obligé de fumer « pour rien » toute la semaine pour que les clopes utiles aient le bon goût. Si tu n'es pas fumeur, quand tu ne fumes pas tout le temps quand t'as des bons moments, ça ne marche pas. » ENT 13*

Par ailleurs pour masquer le goût du tabac et le rendre plus appréciable, on peut recourir aux cigarettes aromatisées.

*« Après là ils ont sorti les mojitos. Et en gros c'est citron menthe. Elles ont moins le goût de tabac. Et ça fait moins la bouche pâteuse. » ENT 10*

*« Quand c'est mentholé et avec un goût oui. On sent la menthe et ça fait frais et en temps normal c'est un goût un peu chaud » ENT 10*

D'autres, quant à eux, évoquent spontanément un intérêt gustatif envers la cigarette. L'intérêt pour le goût du tabac est comparé à celui de la nourriture.

*« Il y a prétexte à un bon café avec une cigarette. C'est comme les gens qui mangent du pain et du fromage. »*

D'ailleurs l'association café et cigarette est quasiment constante chez le fumeur, de même que le fait de fumer après le repas, ou associer l'alcool et le tabac.

*« C'est laquelle votre cigarette préférée ?*

*- [...] J'aime bien celles qui accompagnent le café après manger. » ENT 8*

Il est intéressant de noter que ceux qui défendent l'idée de ne pas particulièrement apprécier le goût de la cigarette rétorquent en revanche que ce goût habituel allait leur manquer lors d'un éventuel arrêt.

L'habitude est au centre de l'attachement gustatif à la cigarette.

« *Y a-t-il des choses qui vous manqueraient si vous arrêtiez la cigarette ?* »

- *Le gout quand même parce qu'on s'habitue même si c'est dégueulasse.* » ENT 12

Les fumeurs ont souvent testé d'autres cigarettes parfois par simple curiosité, parfois dans l'espoir de consommer des cigarettes moins nocives. Certaines exigences gustatives transparaissent alors dans le discours, preuve de leur attachement à un goût en particulier. Pour le fumeur, toutes les cigarettes ne se valent pas.

« *Il y a des cigarettes que je ne pourrais pas fumer à cause du goût.* » ENT 9

Le goût du tabac a donc une certaine importance, la cigarette étant plus ou moins appréciée d'un point de vue gustatif. En revanche, comme il ne s'agit pas de la motivation principale, et loin de là, de la consommation du tabac, le fumeur est capable pour des raisons diverses (notamment le coût) de faire des concessions sur cet aspect de la cigarette.

« *Par contre je n'aimais pas le goût. C'était vraiment la période étudiante quand on n'avait pas trop de sous. Mais le goût non.* » ENT 9

### **1.3 UNE RELATION TACTILE AVEC LA CIGARETTE**

Le geste de fumer peut être considéré comme ce qu'il y a de plus banal : non réfléchi, initié de façon réflexe ou « machinale » dans certains contextes. L'acte est devenu automatique, habituel.

« *Je pense que c'est devenu automatique de sortir une cigarette, parce que ça fait longtemps que je fume.* » ENT 7

« *Et après si je dois sortir, dès que je mets le pas en dehors de l'immeuble, je m'allume une clope.* » ENT 12

En revanche, lorsque ses habitudes sont chamboulées (arrêt du tabac ou essai de la cigarette électronique), les personnes décrivent un « manque du geste habituel », ou encore une sensation de déstabilisation par une gestuelle différente (avec cigarette électronique par exemple).

C'est notamment lors de ces occasions que certains soulignent l'existence d'un attachement à la relation tactile avec la cigarette et de l'importance de l'occupation des mains, de la façon de tenir la cigarette, de son poids, son esthétisme etc.

*« Il y a juste même le plaisir de la tenir en main, la roulée est toute « moche » alors que la vraie est esthétique, plus jolie, elle tient mieux. » ENT 4*

*« Après tous les fumeurs le diront c'est aussi le geste. On a la cigarette dans les mains. Il y a un geste, on s'occupe les mains » ENT 9*

Ce geste peut revêtir un aspect ludique : on peut s'amuser avec la cigarette et la fumée qui s'en dégage.

#### **1.4 UN COUPE FAIM : UNE « ARME » DANS LE CONTRÔLE DU POIDS**

La cigarette est utilisée par certains comme une arme pour ne pas prendre de poids.

*« [...] la cigarette me permet de me maintenir mon poids, c'est une arme fatale. »*  
ENT 1

L'effet coupe-faim permet son usage dans ce but, notamment afin d'éviter le grignotage, voire de perdre du poids.

*« Parce que je n'ai pas parlé de la clope, si un peu, mais celle qui va couper l'appétit typiquement maintenant. J'ai un creux, j'ai envie de fumer une clope. Je me dis je vais me fumer une clope, ça va me couper ma faim. » ENT 8*

Il est intéressant de noter que la préoccupation au sujet du poids n'est pas exclusivement féminine.

La peur de grossir peut constituer un frein ou un échec au sevrage, et ce d'autant plus qu'un régime à cette période la rend plus contraignante encore.

Ainsi le fait de fumer est donc considéré comme plus « acceptable » que de prendre du poids ou de grignoter : certains affirment préférer fumer que grossir, s'autorisant à prendre une cigarette plutôt que de manger.

*« [...] j'aurais trop eu peur de prendre du poids derrière. A choisir je préfère fumer que grossir. » ENT 4*

A contrario, la prise de poids étant naturelle lors de la grossesse, elle est parfois mieux acceptée, facilitant l'adhésion au sevrage durant cette période.

*« J'ai aussi arrêté pendant mes grossesses, parce qu'il y avait le bébé et que de toute façon je savais que j'allais grossir pendant la grossesse. » ENT 3*

Parmi ceux qui ont fait l'expérience de l'arrêt, on note parfois une sensation de faim permanente, ainsi qu'un intérêt plus marqué pour le sucré.

*« Contrairement à ce que je pensais, je m'étais dit que si un jour j'arrêtais, j'explose complètement. Et en fait non, j'avais toujours faim. J'avais tout le temps envie de manger quelque chose, même des choses sucrées alors que moi par nature, je n'aime pas le sucré... J'en étais arrivée à fantasmer sur du chocolat. » ENT 4*

## 1.5 AIDE À LA DIGESTION

Quelques personnes ont cité le tabac comme aide à la digestion.

*« Elle fait digérer. » ENT 14*

## 1.6 UN STIMULANT

La cigarette accélère le rythme cardiaque, permet de lutter contre la fatigue, de se tenir en éveil.

*« Elle me réveille plus. En fait, j'ai l'impression que quand on fume, le rythme cardiaque augmente » ENT 17*

## 1.7 L'ASSOUVISSEMENT D'UN BESOIN : MAINTENIR LE FONCTIONNEMENT DE BASE DU CORPS ET DE L'ESPRIT

Un des principaux « effets bénéfiques » de la cigarette, est sa capacité à répondre à un besoin créé de toute pièce.

Le mot « besoin » est fréquemment employé par les personnes interrogées pour qualifier le lien entretenu avec leur cigarette. Ce besoin est qualifié de « besoin chimique » naissant du corps et réclamé par ce dernier, perçu comme vital.

*« [...] Mais je sens le besoin de fumer. » ENT 10*

*« Et quand vous ne l'avez pas il y a un manque dans le corps. C'est le corps qui le réclame. » ENT 11*

Certains distinguent la consommation de la cigarette de celle du cannabis ou d'autres drogues dont ils ne sont pas dépendants : ils décrivent une consommation dénuée de la recherche de sensations « remarquables ».

*« Ça me fait pas forcément quelque chose, euh c'est ça qui est dommage, ça n'apporte rien physiquement mais je pense que ça m'apporte la nicotine dont j'ai besoin physiquement. » ENT 1*

Le ressenti de ce besoin est variable au cours de la journée, souvent maximal le matin : certaines cigarettes sont décrites comme obligatoires, voire obsessionnelles, alors que d'autres sont considérées comme « inutiles ».

*« Parce que je pense que comme la nuit je ne fume pas je suis en manque de nicotine, ma dose du matin [...] » ENT 1*

La cigarette est devenue un besoin, une nécessité. Les personnes interrogées relatent donc que son assouvissement, par définition, échappe au contrôle de la volonté (ou encore pour ceux qui ont tenté le sevrage, qu'il faut une volonté de fer pour pouvoir lutter) : ils éprouvent des difficultés à gérer leur consommation. Il existe parfois un conflit entre la raison et ce besoin.

*« J'ai arrêté à cause de la raison et il y a ce besoin de fumer qui va complètement à l'encontre de ma raison. » ENT 14*

Ignorer le besoin, c'est s'exposer au manque, sensation désagréable de mal-être, de tension interne associée à de l'« irritabilité » (influant également sur les rapports sociaux), vécu parfois comme un traumatisme.

*« Ce n'était pas qu'il y avait quelque chose qui me manquait mais j'étais invivable. Quand ton entourage te dit : « Fumes en une, tu nous gonfles ! »... » ENT 14*

Plus le manque était intense, plus la cigarette devient obsessionnelle.

Nous notons que les fumeurs développent une anticipation de ce manque, avec des stratégies de régulation du stock afin de ne jamais se retrouver en situation où la cigarette est absente. Cette seule présence suffit à créer un sentiment réconfortant, témoignant de la peur du manque. Par ailleurs la régularité de « la pause clope » peut être un autre exemple de cette crainte.

« *Que faites-vous quand vous n'avez plus de clope ?*

-*Ça ne m'est jamais arrivé. Mon père disait, un bon fumeur n'est jamais en manque de clope.* » ENT 5

« *Ben déjà le matin quand je me lève, si je prends un café, je l'associe à la cigarette. Ça c'est un rituel. Je dirais même que c'est obsessionnel parce que si je sais la veille que je n'aurais pas ma clope le matin, il faut que j'aille en chercher.* » ENT 1

« *Je pense que c'est vraiment le côté addiction. Le fait que malgré moi je ne puisse pas m'en passer. Et je le sais. Je sais que mon paquet s'il m'en reste deux dedans et que je sais que je ne pourrais pas en racheter, je ne sais pas pourquoi mais je vais fumer encore plus alors que le nombre de cigarettes est compté. Je vais sentir que j'ai besoin plus de fumer, quitte à faire des kilomètres après pour aller en racheter. C'est vraiment le côté addiction, le manque, il y a un stress quand on n'en a pas. Je ne sais pas, il y a un côté addictif.* » ENT 9

C'est ainsi qu'assouvir un besoin intense, devenu obsédant en le comblant est à l'origine d'un sentiment de plaisir, de bien-être et de détente.

« *Même avec le Champix®, c'est difficile de résister. Mais elle m'obsède tellement celle du matin avec le café que je vais tout de même la fumer, malgré le Champix® et le fait que ça va me dégoûter. Elles me procurent un bien être [...]* » ENT 2

« *On se sent plus calme, plus détendu quand vous avez fumé la première cigarette. Et quand vous ne l'avez pas, il y a un manque dans le corps.* » ENT 11

En dépit d'une addiction connue (cigarette assimilée à une drogue), c'est un sentiment de liberté (décrite comme une bouffée d'oxygène), que peut ressentir le fumeur, puisqu'il s'affranchit ainsi de cette tension interne et des contraintes liées à la répression de ses propres besoins ou désirs. La première bouffée est décrite comme la meilleure.

« *Qu'est-ce qui vous manquait le plus ?* »

- *La liberté. Parce que je me contraignais à ne pas fumer. Alors que quand je fume, j'ai l'impression d'être libre de fumer quand j'ai envie de fumer.* » ENT 8

« *Quand je n'ai pas fumé depuis longtemps, la première bouffée fait du bien mais après je me demande : « Pourquoi ? » C'est comme une bouffée d'oxygène.* » ENT 2

Pour conclure, répondre à un besoin, se libérer du manque et du désir permet au fumeur de pouvoir assurer le « fonctionnement basal » de son corps et de son esprit.

## **2 LES EFFETS DU TABAC SUR LE PSYCHISME**

### **2.1 ANESTHÉSIE LA SENSATION D'ENNUI**

Une des cigarettes clés du fumeur est la cigarette de l'ennui.

L'ennui est décrit comme une absence d'activité stimulante, parfois en lien avec la solitude ou encore généré par la lassitude d'une activité à l'origine plutôt plaisante.

Il crée une sensation de vide et parfois d'angoisse, difficile à supporter, contre laquelle une lutte paraît indispensable.

« *Pourtant tout à l'heure vous disiez : « je fume parce que je stresse » et quand vous êtes complètement détendue vous fumez quand même...* »

- *Ça m'angoisse de ne rien faire. Je n'aime pas ne pas avoir de programme. Par exemple, je ne suis pas du genre en vacances à rester au bord de la plage. Rien que d'y penser, j'ai envie d'allumer une clope. Ça me stresse. Si je visite une ville par exemple, je ne fume pas forcément.* » ENT 4

La cigarette est donc de temps à autre sciemment utilisée par les fumeurs comme arme pour combattre l'ennui, essayer d'anesthésier cette sensation désagréable de vide angoissant.

*« Euh pour moi, ça me permet de combler les moments d'ennui. Ça me permet de combler tout ça, de ne pas sentir ces moments-là. Ça comble un vide, quand je ne suis pas occupée » ENT 9*

Fumer permet de passer d'un état passif, où le fumeur subit l'ennui à un état actif. Allumer une cigarette c'est déjà occuper ses mains. Les fumeurs insistent sur le lien entre l'occupation des mains et l'occupation de l'esprit, l'un entraînant l'autre.

*« Ça m'occupe quand je marche. J'ai une clope dans les mains quand je marche. Je ne calcule personne, je fume ma clope. » ENT 12*

Par ailleurs, la cigarette, dans le contexte du travail, peut être assimilée à une activité entre collègues fumeurs. Par conséquent, dans les moments d'ennui au travail, par manque d'activité par exemple, les fumeurs transforment ce temps en un moment de convivialité et de partage par opposition à la solitude, souvent associée à l'ennui.

*« Non ce n'est pas vraiment un besoin, c'est tu t'ennuies donc t'y penses plus. Dans ton tiroir, tu vois le paquet de cigarettes et hop ! J'ai un collègue en face, qui vient, il montre la cigarette. On va fumer quoi... » ENT 10*

Le fait de sortir dehors, imposé par exemple dans le cadre du travail, exacerbe cette impression d'action. Ainsi les non-fumeurs en pause au travail, semble aux yeux de certains fumeurs ne pas faire d'activités, voire de s'ennuyer.

*« Et comme je l'ai dit plus tôt quand on était petit, au niveau des personnes qui ne sont pas fumeurs, que ça ne faisait rien du tout, que ça n'avait aucune répercussion, mais quand tu es dans le monde du travail, tu changes quand même de perspective. Tu les vois. Ils passent leurs temps comme ça, ils ne font rien, ils sont assis sur des canapés, ils ne vont même pas dehors. » ENT 12*

Fumer pour lutter contre l'ennui, voire même l'anticiper, est devenu un comportement automatique et réflexe chez le fumeur au point d'assimiler le temps libre ou le fait simplement « de se poser » à la cigarette.

*« Quand j'ai une heure de libre je me dis : « ah, si j'allais fumer une clope », et là je fume une clope alors que j'en n'ai pas forcément besoin. Le temps libre, je l'assimile à la cigarette. » ENT 1*

Certains fumeurs déclarent ne pas avoir d'alternative, « ne pas savoir quoi faire d'autre ».

*« Comme là le matin quand je me lève, parce que je travaille de nuit, le matin je vais enchaîner les clopes parce que je suis toute seule et honnêtement je m'ennuie. Je ne sais pas quoi faire d'autre [...] ». ENT 9*

Fumer est un acte ne nécessitant pas d'efforts, sans véritable contrainte, facilement accessible et ne demandant pas de motivation particulière. La réponse choisie par le fumeur à l'ennui échappe donc parfois à la raison qui aurait pu trouver d'autres activités mais qui demande une énergie supplémentaire.

*« Je ne trouve pas comment tromper l'ennui. Je pourrais marcher, mais seule, je n'en ai pas envie et pourtant, je devrais ! » ENT 2*

Par ailleurs, comme fumer est parfois assimilable à un plaisir, il est logique que le fumeur en fasse une distraction.

Automatiquement, quand il n'est pas occupé ou commence à s'ennuyer, l'idée d'allumer une cigarette germe dans l'esprit du fumeur.

« *Il ne faut juste pas que je me pose, comme ça je n'y pense pas à la cigarette.* » ENT

2

Comme il s'agissait d'un automatisme, le fumeur explique que son comportement ne correspond pas à un « besoin ou à une envie », contrairement aux cigarettes festives par exemple. De ce fait, il peut les juger « inutiles ».

« *J'en ai pas spécialement envie, je vais en allumer, des fois je vais fumer un peu puis je vais les éteindre puis j'y retournerai après, mais je ne vais pas vraiment les fumer parce que c'est vraiment par ennui. La clope de l'ennui c'est celle qui fonctionne le plus chez moi.* »

ENT 9

Pour cette raison, il perd la notion de quantité, capable d'enchaîner un nombre important de cigarettes sans s'en rendre compte.

« *En ce moment, je ne travaille pas, donc je fais mon ménage, mes paperasses. J'ai toujours quelque chose à faire mais au bout d'un moment, vous n'avez plus rien à faire. Donc, je me pose, je me mets sur mon PC, ou devant la télé et là je fume. Et je peux en fumer des tas. Une fois j'ai compté et en une heure j'en avais fumé cinq, et je me suis rendue compte que c'était énorme quand même.* »

Les fumeurs ont donc l'impression de « faire passer le temps ».

« *Alors, je vais reformuler : quand vous ne travaillez pas comment vous fumez ?*

- *J'aurais quand même tendance à fumer, pour faire passer le temps.* » ENT 4

« *Bon ben je sors fumer ça fait perdre dix minutes.* » ENT 10

Ceux qui ont la sensation d'un ennui régulier dans leur vie, ont l'impression que la cigarette tient un rôle central : ils décrivent un cercle vicieux dont ils ne savent pas comment s'échapper.

*« Pour moi, c'est un cercle vicieux. Pour éviter la cigarette, il faudrait que je sois occupée. » ENT 2*

Lorsque l'inactivité est source de stress, il peut être à l'origine de rechute chez les personnes sevrées, preuve que l'ennui peut avoir une place majeure dans la consommation de cigarettes.

*« Parce que je m'ennuyais sur cette péniche. Je tournais en rond. Je ne pouvais rien faire, pas bronzer. Je ne savais pas comment faire pour faire passer le temps, j'ai replongé dans la clope. » ENT 2*

## **2.2 STRATÉGIE POUR CANALISER UNE TENSION PSYCHIQUE : LA LUTTE CONTRE LE STRESS ET LES ANGOISSES**

Lorsque le calme intérieur des fumeurs est perturbé par un évènement, une situation stressante ou des angoisses, les fumeurs relatent une envie irrésistible de prendre une cigarette.

Dans ce contexte, les mots « envie » ou « besoin » se confondent dans la description des sensations éprouvées envers le tabac.

Encore une fois, fumer dans de telles circonstances répond parfois à un besoin d'agir, de ne pas rester passif à subir, ce qui peut être interprété comme de l'impuissance. Fumer est déjà une prise de décision.

*« Je me dis « là je fume ma clope et je penserai au rendez-vous après. Et après ça sera passé. » » ENT 7*

D'ailleurs, la cigarette est à portée de main rendant adaptée l'utilisation à cette fin. Le fumeur augmente considérablement sa consommation en période de stress, fumant parfois de façon rapide, capable d'enchaîner plusieurs cigarettes les unes à la suite des autres.

*« Ça aurait pu partir en « live », c'est un soulagement parce que ça aurait pu partir loin, ça aide ...c'est une clope très particulière, en une minute elle est terminée. Je peux en fumer deux. » ENT 13*

La cigarette est parfois juste considérée comme un prétexte pour quitter un lieu, s'isoler et rechercher du calme.

Certains voient dans la cigarette une échappatoire, un refuge.

*« Oui quand je me fais remonter les bretelles. Je deviens souvent toute rouge avec les larmes qui viennent. Donc je ne peux pas rester là, à m'en prendre plein la tête à devenir toute rouge et pleurer. C'est une échappatoire quoi... » ENT 10*

Par ailleurs, même si l'isolement n'est pas possible, ne serait-ce que porter la cigarette à sa bouche permet de justifier le souhait d'un moment dépourvu de conversation.

*« Ça vous a permis quoi ?*

*- De redescendre en pression. Quand je fume je ne parle pas vraiment, donc ça me fait redescendre les nerfs. » ENT 10*

Ce moment est plus propice pour se centrer sur sa propre respiration : « souffler » la fumée de tabac c'est comme évacuer sa rage, son stress, vider ce « trop plein de pression ».

*« Et aussi quand on souffle la nicotine, c'est comme si on évacuait son énervement, sa rage. Ça me calme beaucoup. » ENT 4*

L'aspect tactile, le fait « de s'occuper les mains » a son importance dans ce contexte. Fumer est assimilé à une activité occupant l'esprit, permettant parfois de rêvasser, en regardant brûler la cigarette...

*« Pour moi, quand j'allume ma cigarette je suis toujours là à la regarder. Je la regarde brûler, je me demande comment ça marche. Je me pose souvent des questions et du coup je pense à autre chose. J'ai ce bien être avec la cigarette. Vraiment, quand je ne suis pas bien, je ne peux que dire que ça fait du bien. » ENT 7*

Ces moments sont décrits comme une prise de distance, les fumeurs disent trouver l'occasion de réfléchir et parfois de relativiser, de tempérer les choses.

La cigarette marque parfois une coupure, une transition.

Ainsi, en sortant fumer, les fumeurs non seulement sont dans l'action mais également cela leur donne l'impression de se maîtriser (éviter un acte regrettable ou renvoyer une image sereine) et se ressaisir.

*« Et donc la cigarette vous apporte quoi ? Ben déjà ça m'occupe les mains. Ou quand je suis stressée, ça m'occupe. Même de montrer une image de moi détendue qu'une boule de nerf. » ENT 10*

Un sentiment de « lâcher prise » sur la situation stressante est également décrit.

*« Et donc quand vous prenez la cigarette que se passe-t-il ? Je ne sais pas. Je pense à ma cigarette, je n'ai plus d'angoisses, je me laisse conduire... » ENT 6*

La plupart des fumeurs décrivent un retour au calme, une détente ou du moins une accélération dans la descente en pression sans pour autant considérer cette cigarette comme une « cigarette-plaisir ».

Bien évidemment, les fumeurs sont conscients que fumer ne résout pas le problème sous-jacent.

D'ailleurs ils jugent parfois la cigarette inefficace quand le stress leur semble intense ou permanent. Certains emploient le terme de « leurre ».

Fumer est un comportement automatique, réflexe en réponse à un stress. La cigarette fait partie intégrante de la stratégie de gestion de l'anxiété et du stress : il s'agit à leur manière de gérer les situations tendues, leur tout premier recours.

*« Ça permet pour vous donc de gérer vos émotions? »*

*- Oui. Je vais la gérer d'abord avec la cigarette puis après avec autre chose comme par exemple la parole. » ENT 1*

Certains fumeurs revendiquent l'utilisation de la cigarette comme calmant au même titre qu'un anxiolytique.

Parfois, ils voient dans cette pratique un atout, un privilège, considérant la cigarette comme une aide, se sentant accompagnés lors des moments où ils sont en détresse.

*« En période de concours ou d'examen je ne sais pas comment ils font, mais moi j'ai ma cigarette. » ENT 1*

Par ailleurs, lorsque la source de stress est récurrente et prévisible (comme au travail par exemple ou encore l'angoisse de la conduite comme c'était le cas lors d'un entretien), le caractère routinier de la cigarette avant d'affronter la source de l'angoisse est source de réconfort.

*« Je partais le matin j'avais fumé ma cigarette dans la voiture, je repartais le soir je fumais ma cigarette également. Ça c'était aussi une chose, la routine : m'arrêter devant la*

*porte, allumer une cigarette, traverser le parking avec ma cigarette et rentrer dans la voiture avec ma cigarette éteinte ou pas, tout dépendait de où était garée ma voiture. C'était très important pour moi. Ça me permettait de souffler juste un petit peu parce qu'au volant, ça cogite tout le temps pour moi. » ENT 6*

Fumer en anticipant des circonstances stressantes est assimilé à se donner du courage à affronter la situation, en usant d'auto-persuasion.

*« OK, là je vais me fumer une clope ça ira mieux, et effectivement ça va mieux ». ENT 8*

*« C'est exactement la même chose qu'avec l'alcool : allez, je vais boire un coup et j'y vais ! C'est un peu pareil. » ENT 11*

Ainsi, c'est avec la cigarette que certains arrivent à se surpasser, en arrivant parfois à se prouver leur capacité à affronter leurs peurs.

Pour certains il s'agit d'un outil indispensable pour pouvoir supporter un travail difficile. De nombreux fumeurs avouent fumer moins en vacances.

Les fumeurs expliquent donc qu'il leur est impossible de s'arrêter de fumer tant qu'il y a des problèmes, des sources d'angoisses ou de stress. Il s'agit d'ailleurs d'une des causes de rechute après un sevrage.

Le malaise produit par l'angoisse ou le stress est plus pesant que les dangers qu'ils considèrent comme lointains ou imprécis du tabac.

*« Donc ce n'est pas le fait de savoir que vous étiez enceinte, c'était plutôt physiologique selon vous.*

*-Oui. À la limite il aurait mieux valu que je fume plutôt que d'être anxieuse si j'avais dû fumer, puisque le manque de cigarette rend anxieux. » ENT 6*

### **2.3. UNE RÉCOMPENSE**

*« C'est la récompense. J'ai fait ma bonne action. J'ai tenu mon planning. J'ai fait mon sport, donc je fais attention à ma santé. Celle-ci elle est méritée. » ENT 4*

La cigarette est parfois utilisée pour récompenser une action jugée plutôt difficile, contraignante.

Certains décrivent une satisfaction personnelle liée à l'accomplissement d'une tâche. Ils se considèrent donc comme méritant leur récompense : la cigarette.

Cette dernière est utilisée à cette fin même si cela peut paraître en contradiction avec la tâche accomplie. On peut ainsi faire du sport puis fumer pour récompenser l'accomplissement de cet effort.

La récompense est associée à un sentiment de plaisir, exacerbée par l'attente et par la satisfaction personnelle d'avoir accompli un effort.

*« Le fait que tu attendes beaucoup, elle est plus appréciable, quand tu la prends et la fume. [...]Maintenant si, les quelques minutes avant la pause, tu te dis « ah, bon je vais pouvoir fumer ma clope ! » ENT 7*

*« C'est l'une des meilleures de la journée. » ENT 4*

De même elle va de pair avec soit la fin de l'effort soit avec la pause dans l'effort et donc l'arrêt de la contrainte. Cette sensation de repos contribue également au plaisir.

*« Après une tâche intensive, je me repose et je fume une cigarette. » ENT 6*

Par ailleurs, la cigarette-récompense peut instaurer ainsi un rythme dans une série d'actions.

*« Quand je révisais pour les examens [...] ça rythmait mes journées. La cigarette rythme mes journées en quelque sorte. » ENT 1*

La récompense sert également de motivation. En effet, quand la tâche n'est pas encore terminée le fumeur peut s'encourager en anticipant le plaisir de la récompense

*« Quand je suis à 10 minutes de la fin d'un cours je me dis « oui cool, je suis à 10 minutes de fumer ma clope et boire mon café quoi... ». C'est la petite récompense en fait. » ENT 1*

*« [...] je me disais, je vais assimiler le chapitre puis je vais fumer ma clope » ENT 1*

Dans le même ordre d'idée, quand l'action est terminée et récompensée, le fumeur peut se sentir plus d'attaque à fournir une nouvelle série d'efforts.

*« C'est la récompense. J'ai fait ma bonne action. J'ai tenu mon planning. [...] Celle-ci elle est méritée. C'est l'une des meilleures de la journée. Donc là je me dis que je peux attaquer une bonne journée de boulot. Une bonne clope, un bon café... » ENT 4*

## **2.4 LE BIEN ÊTRE, LA DÉTENTE ET LE PLAISIR SITUATIONNEL JUSTIFIANT LE TABAGISME**

Les fumeurs défendent un attachement à la sensation de bien-être et de détente liée à la consommation tabagique.

*« Donc moi c'était le goût, la sensation de relâchement et de bien-être. » ENT 14*

Comme nous l'avons déjà vu plus tôt, il existe un soulagement à répondre à un besoin et à un manque, à l'origine d'un sentiment de détente et de plaisir.

La cigarette est également utilisée en situation de stress, comme une aide pour un retour au calme.

Fumer par plaisir, c'est fumer par « envie ». Le fumeur le distingue de certaines cigarettes réflexes, des cigarettes qu'il qualifie « d'inutiles ».

*« Et donc tu descends et tu fumes la clope que dont t'as eu envie. Ces clopes là sont bonnes [...] » ENT 13*

Quant à l'arrêt, signifiant la répression des désirs, il évoque dans l'esprit du fumeur une frustration.

*« Et ce qui me fait peur c'est que si j'arrête de fumer demain, j'ai peur d'en avoir une nostalgie profonde et de ne pas être heureux sans cigarette, en me frustrant constamment. » ENT 13*

Lorsque l'on analyse le plaisir procuré par la cigarette, on remarque que ce plaisir est associé à des situations en elles-mêmes agréables. Ainsi, agrémenter ces moments d'une cigarette donne l'impression de profiter pleinement de l'instant vécu. D'autres situations de ce type ont été citées : les fumeurs aiment accompagner le café ou l'alcool avec la cigarette, les situations sans contraintes où ils peuvent profiter de la sensation de ne rien faire, les « pauses clopes », les situations de convivialité, de divertissements, les fins de repas etc. Fumer dans ces situations est un plaisir additionnel.

*« En fait déjà, mon café c'est un moment où je me dis j'ai bien mangé, c'est un petit truc sucré qui dynamise. C'est déjà un moment hyper agréable et donc du coup, le fait d'y associer une clope, je suis dehors, je profite du moment. » ENT 8*

*« En été, sur une terrasse, avec un café ou une menthe à l'eau... ou le soir quand il fait beau. Cette cigarette je l'apprécie. » ENT 5*

*« Parce que quand je fume ma cigarette, je ne fais rien d'autre, à part éventuellement regarder la télévision. Cette sensation de ne rien faire. Si je fume une cigarette assise dans la cuisine, c'est que je suis en train de discuter autour d'un café avec une copine. C'est ça. Je suis tranquille pour fumer ma cigarette. » ENT 6*

Allumer une cigarette dans ces contextes est devenu une obligation, de sorte que ces situations sont associées de façon quasi systématique au tabac. Une association s'est installée dans l'esprit du fumeur entre le plaisir lié à la situation et celle de fumer. Dans ces conditions le fumeur peut augmenter de façon considérable le nombre de cigarettes consommées. En revanche, l'absence de ces dernières dans ce type de moment est considérée comme un manque créant une entrave au plaisir, une perturbation dans le fonctionnement de l'individu.

*« [...] si par exemple je discute, je bois, fume, je suis dans un bon équilibre. Si maintenant je n'en avais pas, je serais perturbé, ça n'irait pas, je ne serais pas à l'aise, je dirais qu'il me manque un truc » ENT 13*

Lorsqu'ils entrevoient un éventuel sevrage, cela implique dans les esprits de devoir également renoncer aux situations plaisantes : renoncer au café, renoncer à « la pause » ...

*« Et le contexte avec le travail, le café, il faudrait que j'arrête le café aussi. » ENT 12*

Le plaisir est donc parfois cité comme un des moteurs principaux de la consommation du tabac. Renoncer au tabac signifie renoncer au plaisir, rendant difficile l'idée d'un sevrage.

Si fumer par plaisir, est un des justificatifs du tabagisme, les fumeurs avouent qu'il ne s'agit pas du motif de consommation « des autres cigarettes », considérées de loin trop nombreuses.

*« De temps en temps, tu te dis « oui, une bonne clope ! ». Mais il y a beaucoup trop de clopes dans la journée qui sont des clopes réflexes et assez inutiles. » ENT 15*

C'était ainsi que certains émettent le souhait de réussir à ne fumer que par plaisir et ainsi de réduire les quantités de cigarettes consommées.

*« Moi je me dis que si j'arrivais à fumer uniquement pour le plaisir et ces moments détendus, déjà, je fumerais beaucoup moins. Il faudrait que j'arrive à me sevrer de la cigarette et fumer beaucoup moins pour profiter de ces moments agréables. » ENT 1*

Certains évoquent une probable distorsion des réalités et du plaisir pour le fumeur.

*« C'est un « mix » de choses. Tu te dis que t'as un truc de plus que les gens qui ne fument pas mais c'est de la connerie.*

*- Ça veut dire quoi un truc de plus ?*

*- Quand on mange un bon plat, moi je le mange aussi. On a dilaté nos papilles, on s'est fait plaisir. Puis on boit un bon vin, moi aussi je vais boire un bon vin. Il y a un apport supplémentaire de plaisir avec le vin. En plus on passe un bon moment, on écoute de la bonne musique...Là on est vraiment très bien. Et là le non-fumeur va s'arrêter là, et moi en plus j'ai ma clope. C'est peut être idiot, mais c'est ce qu'un fumeur va se dire. Si ça se trouve on est en manque et on se remet juste au niveau. J'avais lu un livre là-dessus disant que la clope te met au niveau moins un, que le niveau de base est 0. Avec un bon repas on est au niveau un, puis avec l'alcool au niveau 2, et moi avec ma clope je me crois au niveau 3 alors qu'au départ j'étais au niveau moins un parce que j'étais en manque et que la clope elle m'a juste remis à niveau. C'est un peu comme un handicap au départ.*

*- Mais visiblement ce n'est pas la vision que vous en avez ?*

*- Mais oui, mais comme le fou qui se tape la tête contre un mur et quand on lui demande pourquoi, il répond : « parce que c'est trop bien quand ça s'arrête. » ENT 13*

Parfois, ne pas être le maître de la situation et devoir combler un besoin étaient des notions difficiles à accepter, l'individu préférant privilégier la notion de plaisir procuré plutôt que le besoin à combler.

*« Oui, en fait il y avait une envie parce que je n'ai jamais ressenti ça comme un véritable besoin. Peut-être maintenant à mon âge oui, il y a peut-être un besoin mais toujours pour les mêmes raisons : pour la détente, pour l'envie, la pause. » ENT 6*

## **2.5 LA CIGARETTE : UNE STRUCTURE DANS L'EXISTENCE DU FUMEUR**

La cigarette accompagne les repères de la journée du fumeur. Certains décrivent un rythme régulier dans leur consommation (principalement ceux qui ont des horaires réglementés).

*« Je fume en marchant, j'arrive au travail, je me change je sors fumer avec les collègues, quelques minutes après. Quand j'ai beaucoup de travail, ça sera une dans la matinée entre 8 heures et midi et si je n'ai pas beaucoup de travail ça sera plutôt deux. Une après le repas vers 13 heures. S'il y a beaucoup de travail ça sera une entre 13 heures et 17 heures. Sinon ça ira jusque trois cigarettes dans l'après-midi. Et encore trois dans le soir. » ENT 10*

Tout d'abord, elle marque souvent le début de la journée, constituant un des premiers gestes contribuant à un bon démarrage.

*« Alors le matin je fais couler le café et cigarette. C'est vraiment la première heure, dès que je suis levée c'est cigarette. » ENT 9*

*« Je me réveille, je fais ma toilette, un café et direct la clope. Quand je la fume...ça fait.... on a l'impression de commencer la journée cash. » ENT 12*

Les repas, repères d'une journée classique, rythment également la consommation de cigarettes : chaque repas est de manière habituelle ou réflexe suivi d'une cigarette.

*« Voilà j'ai mangé, j'ai fini de manger je vais fumer ma cigarette. C'est vraiment un enchaînement. Je le fais sans réfléchir mais finalement c'est le cas à chaque fois. Que ce soit le repas du midi, le repas du soir, c'est tout le temps. » ENT 9*

La cigarette dans ce cas précis marque un arrêt (la fin du repas) et parfois une transition.

*« Qu'est-ce qu'elle vous apporte cette clope après le repas ?*

*- L'impression de clôturer le repas. Les gens disent que c'est pour digérer mais moi je ne sais pas. Mais ça clôture le repas. » ENT 12*

*« J'ai l'impression que ça marque l'arrêt. Ben voilà on a fini de manger, on passe à une autre chose donc une cigarette. » ENT 9*

Un autre repère parfois régulier de la journée est la « pause clope » principalement au travail, donnant parfois un rythme très régulier à la consommation et permettant de « couper », de « se vider la tête », de « sortir prendre l'air » et d' « être plus concentré », de se « rebooster ».

*« [...] et toutes les heures et demies j'en grille une. On dirait que c'est réglé comme un coucou suisse [...] Du coup chaque pause je...alors je ne sais pas si c'est parce que je suis en pause que j'allume une clope ou parce que j'ai envie d'une clope que je prends une pause. » ENT 8*

Dans le même ordre d'idée et comme nous l'avons vu plus tôt la cigarette-récompense acte non seulement la fin d'un effort mais une série d'efforts peut être rythmée par la consommation de cigarettes.

*« Mais ça me permettait de garder mon rythme de travail. Comme c'est un travail physique, le travail à la chaîne. C'était pour me rebooster. » ENT 5*

Nous avons donc évoqué le fait que la cigarette permet une transition (après le repas, entre les efforts). Ce qui est intéressant de noter c'est que la cigarette permet également de faire une transition entre deux états psychiques (par exemple de l'état d'énerverment à un état plus serein).

*« Par exemple, des fois je sens que je vais être « ULTRA ÉNERVÉ », je me dis « OK, là je vais me fumer une clope ça ira mieux, et effectivement ça va mieux » » ENT 8*

Par ailleurs, fumer donne la sensation à certains de clôturer la journée.

*« Donc celles les plus importantes : celle du matin celle après les repas, le soir avant de me coucher. Juste le fait de me dire j'ai ma cigarette. » ENT 9*

La cigarette en elle-même permet d'avoir un repère dans le temps : fumer une cigarette a un début et une fin. Les personnes passant à la cigarette électronique, et ne retrouvant donc pas ce repère se sentent parfois déstabilisées.

*« Moi une clope je sais que je la commence (il montre la cigarette du doigt), là je suis à la moitié (il montre le milieu), et là j'ai fini (il montre le filtre). Avec la vaporette on peut passer parfois une demi-heure. Il aurait limite fallu qu'il marche cinq minutes puis qu'il ne marche plus. Au bout d'un certain temps le réactiver... » ENT 13*

Le rythme des consommations peut être expliqué par l'anticipation régulière du manque.

*« [...] c'est une avant le rendez-vous, parce que tu sais que tu vas être bloqué pendant deux heures, puis une après le rendez-vous. » ENT 14*

Par ailleurs, les personnes interrogées parlent de « routine », « d'habitudes », « automatismes », « d'associations systématiques » avec la cigarette, « de réflexes », qui se sont installés dans la consommation. Cela constitue des repères dans l'existence du fumeur. Certaines de ces habitudes sont même considérées comme des rituels.

*« Ben déjà le matin quand je me lève, si je prends un café, je l'associe à la cigarette. Ça c'est un rituel. » ENT 1*

D'ailleurs un sentiment de vide est parfois ressenti quand certains se sont essayés à l'arrêt.

*« Si on retire la cigarette, on me retire quelque chose. Ça a fait 20 ans. Ça changera mon quotidien forcément. Par quoi remplacer la cigarette c'est la question. » ENT 1*

*« Pendant ce sevrage est ce qu'il y avait quelque chose qui vous avait manqué ?*

*- Je dirais c'est l'habitude qui manquait. » ENT 11*

Ces gestes routiniers, habituels ont parfois la fonction de rassurer le fumeur.

*« Ça c'était aussi une chose, la routine : m'arrêter devant la porte, allumer une cigarette, traverser le parking avec ma cigarette et rentrer dans la voiture avec ma cigarette éteinte ou pas, tout dépendait de où était garée ma voiture. C'était très important pour moi. Ça me permettait de souffler juste un petit peu parce qu'au volant, ça cogite tout le temps pour moi. » ENT 6*

Il est intéressant de noter que les personnes témoignent un attachement particulier à ces « cigarettes-repères ».

## **2.6 UNE LUTTE CONTRE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE : LES FONCTIONS ANTIDÉPRESSEURS, RÉCONFORTANTES ET AUTODESTRUCTRICES.**

Nous avons cité plus haut la souffrance psychique en tant qu'un des motifs initiaux poussant à la consommation du tabac. Nous avons parlé de détresse psychologique, du besoin ressenti de la soulager, d'une recherche de solution concrète et facilement disponible. Nous avons vu que cela constitue parfois un appel à l'aide, parfois une sorte de rébellion et qu'il existe un lien ambigu dans le fait de trouver du réconfort en s'infligeant du mal.

Même si au départ la cigarette n'est pas utilisée comme antidépresseur mais plutôt pour d'autres raisons (comme l'accès à la vie de groupe, l'envie de s'amuser etc.) à un moment donné le fumeur peut chercher à soulager une souffrance à travers celle-ci. Les fumeurs augmentent leur consommation lors des périodes pénibles.

Parmi les adultes interrogés, certains décrivent une souffrance psychique voire sont en prise à la dépression. Quelques-uns ont recours à des professionnels de santé dans le domaine et suivent un traitement.

La cigarette constitue pour eux un médicament au même titre qu'un antidépresseur. Elle est parfois décrite comme ayant la propriété « d'adoucir les pensées négatives » et de permettre ainsi de lutter contre elles.

*« Il y a des fois où soit je l'utilise [...] pour éviter de penser à des trucs soit je vais penser à des trucs très désagréables pour que ça me fasse virevolter la tête et que ça adoucisse les choses auxquelles je pense. » ENT 8*

La cigarette sert pour certains d'échappatoire contre une réalité triste.

*« C'est un échappatoire pour moi la cigarette. [...] Au départ, c'était parce qu'on se racontait des trucs tristes, et je me suis mise à fumer au moment où ça n'allait vraiment pas [...]. C'est vraiment à chaque fois pour s'échapper. » ENT 8*

Le fumeur cherche du réconfort dans cette consommation.

*« Et après il s'est passé un truc dans ma vie qui m'a détruite psychologiquement et émotionnellement. Et du coup la clope c'était un truc de réconfort et je me suis mise à fumer beaucoup plus et beaucoup plus régulièrement et toute seule parce qu'avant je ne fumais jamais toute seule. » ENT 8*

La cigarette est un objet réel, une compagnie dans les moments de peine et de stress, familière et sécurisante, toujours présente et facile d'accès.

Nous avons également vu plus tôt que le caractère réconfortant peut être la conséquence de son utilisation routinière : la routine et les habitudes ont la propriété de rassurer.

La cigarette englobe toutes ces caractéristiques réconfortantes. C'était à ce titre qu'une des fumeuses l'a comparée à un « doudou » lors d'un de nos entretiens.

*« C'était un premier réconfortant, puis un deuxième puis un troisième. On va se prendre une petite clope, histoire d'avoir ce petit « doudou » dans ce moment [...] » ENT 8*

Le réconfort apporté par la cigarette est comparé à celui apporté par la nourriture, ou par des actes connus pour procurer du plaisir.

*« Je mange. J'essaie de penser à d'autre chose. De faire d'autres activités qui vont avoir la même finalité. Je cherche le côté réconfortant. » ENT 8*

Par ailleurs, il existe parfois une prise de conscience de la dangerosité de l'acte de fumer et de l'implication de ses propres responsabilités : délibérément les fumeurs s'infligent « du mal ». Parfois lorsque la raison se trouve dans le mal-être, la cigarette est assimilée à une punition.

*« Il y a des fois où c'est par pur esprit d'autodestruction, et j'ai tellement envie de me détruire que je sais que c'est destructeur donc je vais le faire. » ENT 8*

L'autodestruction est même revendiquée par certains comme un droit.

*« Si moi, j'ai envie de me suicider à petit feu parce qu'un jour j'aurais un cancer du poumon, eh ben tant pis, je l'aurai. » ENT 6*

Certains fumeurs (et pas seulement ceux en proie à la dépression) veulent témoigner d'un certain courage à assumer ses actes tout comme s'ils défiaient la mort et le danger.

*« Et encore, moi je fumais des menthols : donc je suis encore au-delà, je suis toujours dans l'excès ! Tout ce qui est mauvais et dangereux pour la santé : moi, je suis aux premières loges. » ENT 6*

Ainsi d'un côté certains fumeurs en souffrance cherchaient à se détruire tandis que de l'autre côté ils sont en quête de réconfort. Soulignant cette ambiguïté, le plaisir réconfortant et autodestructeur lié à la cigarette a été qualifié de « plaisir morbide » lors d'un entretien.

*« Et au moment où ils m'ont fait comprendre que de toute façon je resterai comme ça toute ma vie, il a fallu que j'encaisse le coup. Je suis invalide aujourd'hui. Heureusement, que je n'ai pas arrêté de fumer parce que ça aurait été me priver d'un plaisir un peu morbide. » ENT 6.*

De certains entretiens ressort tout de même un esprit de contradiction concernant ce sujet (défier la mort et assumer ses actes d'un côté et faire des tentatives d'arrêt de l'autre), des angoisses et des difficultés à évoquer les sentiments poussant à maltraiter sa santé.

Il est donc évident que pour les personnes en proie à la souffrance psychique, envisager l'arrêt représente un combat qu'ils ne sont pas prêts à mener...

*« C'était déjà un parcours du combattant donc la cigarette si j'arrêtais c'était tant mieux. Quand j'ai vu que ça servait à rien au bout de six mois, je me suis dit, ce n'est pas la peine. On va faire les démarches pour mon invalidité. Donc pourquoi se priver encore une fois de plus, se priver de manger c'est déjà suffisant. Pas tout en même temps. » ENT 6*

## **2.7 L'OPTIMISME DU FUMEUR : LE FLOU DE LA MORT ET L'ENVIE DE MAÎTRISE**

Si tous déclarent avoir conscience des dangers de la cigarette, beaucoup avouent cependant ne pas vraiment se sentir concernés.

*« Et moi, je ne me sens pas particulièrement en danger quand je fume. Un peu, mais pas particulièrement. » ENT 6*

Le doute est perceptible dans certains discours.

*« Mais est-ce que c'est si dangereux que ça ? Il y a quand même des copains à moi qui consommaient pleins de produits alors qu'ils n'avaient que 16 ou 17 ans...Ils ont abîmé leur corps et pour autant le corps humain tient le coup. » ENT 13*

En effet, se sentir en bonne santé, ne pas ressentir de douleur, avoir une bonne condition physique, avoir un bon souffle, ne ressentir aucun impact important au quotidien du tabagisme, se considérer trop jeune, ne pas être un gros fumeur en comparaison à d'autres, avoir des exemples de fumeurs excessifs en bonne santé apparente etc. sont tant d'arguments confortant les fumeurs dans ce sens.

*« Maintenant je ne me sens pas concernée. Ce n'est pas quelque chose de concret. Je n'en doute pas que ça engendre ces choses... Ce n'est pas mon quotidien. » ENT 4*

L'impossibilité de contrôler tous les risques de maladies et dangers de la vie et l'inéluctabilité de la mort sont d'autres exemples visant à relativiser l'impact de la cigarette. Par ailleurs, l'existence de fumeurs âgés souligne l'incertitude de l'impact négatif du tabac.

*« Maintenant sur les paquets c'est écrit « fumer tue » mais tout peut tuer... Je ne sais pas, c'est peut être méchant mais tu peux très bien attraper le SIDA. On est à l'abri de rien. Je trouve que fumer ce n'est pas plus nocif qu'une autre chose » ENT 10*

Quant aux messages de santé publique (notamment les images sur les paquets), ils sont jugés souvent excessifs.

*« C'est dégueulasse, maintenant ça ne me fait rien spécialement. Ça fait trois ans que ça existe. Des fois ils abusent un peu avec les photos » ENT 7*

Parallèlement, l'individu tente de maîtriser dans une certaine mesure le danger « en faisant plus attention », en décidant de s'arrêter un jour avec l'âge qui avance, en essayant de diminuer les quantités, en ne consommant pas de cigarettes réputées nocives etc.

*« Mais depuis que je sais que j'ai de l'emphysème au poumon, je fais attention. Je n'ai pas envie de me promener avec une bouteille d'oxygène dans 5 ans. » ENT 5*

*« Avant j'avais les menthols, mais ma mère avait lu un article comme quoi les mentholées ça rentre plus facilement dans les poumons, et du coup elle m'a dit de fumer les normales. Bon ben du coup, effectivement, je fume des cigarettes normales. » ENT 3*

Certains expriment le désir de maîtriser leur consommation de cigarettes afin de ne fumer que les cigarettes jugées « utiles », enviées et procurant du plaisir. Beaucoup avouent éprouver des difficultés dans cette tentative de contrôle.

Une prise de conscience par moment de l'existence d'un conflit entre leur raison et leur comportement transparait dans certains discours.

Un conflit interne, voire une culpabilité ressort des entretiens de certains fumeurs, ce qui témoigne de leur malaise avec les risques encourus et les conséquences subies de la cigarette (ne serait-ce qu'en termes de coût).

*« Des fois je me dis : « C'est pour être bien, décontractée. ». Ça détend. Mais des fois, ça me stresse parce que je sais que j'ai des problèmes de santé. Donc parfois, je tire trois lattes et j'arrête. C'est du gâchis. C'est bête. Je sais que pour moi, il faut que j'arrête. » ENT 2*

*« Mais je trouve que les statistiques ou les rapports pédagogiques sont mal faits, de dire « un fumeur sur deux va mourir du tabac » ? J'ai envie de dire deux fumeurs sur deux vont mourir. Il y a des gens qui vont mourir alors qu'ils ne fument pas. Ils y a des gens qui fument qui ne meurent pas. Il y a des gens qui ne fument pas et à 35 ans ils ont un cancer. Oui certes, je ne vais pas dire que ça ne fait pas mal. On augmente notre potentiel de risques. Mais après, tu peux développer ou non.*

*[...]*

*C'est bête mais moi je me vois fumeur. Je suis fumeur, je me vois fumeur. Et je ne me vois pas non- fumeur. D'un côté je le subis par rapport à l'argent... Moi, j'ai des enfants, ça serait con s'ils me diagnostiquent un truc et qu'ils me disent que j'en ai pour six mois. Et mon gamin à trois ans et demi n'aurait plus de papa. Et si je pense à ça je vais me dire qu'il faut*

*réfléchir à arrêter. Et il y a des gens qui ont 70 ans et qui fument. C'est compliqué. Ce sont des questions que je me pose à cause du petit. Ça m'embêterait de laisser le gamin. » ENT 13*

### **3 LE TABAC : UN FACILITATEUR DANS LES RELATIONS SOCIALES**

#### **3.1 UNE UTILISATION CONVIVIALE**

Fumer revêt un caractère convivial dans certains contextes. Les fumeurs ayant des habitudes semblables, les moments où ils se retrouvent ensemble dans la consommation ne sont pas rares (pause entre collègues, cigarette d'après repas en famille).

*« Je fume en marchant, j'arrive au travail, je me change je sors fumer avec les collègues, quelques minutes après. » ENT 10*

Cette activité commune est parfois l'occasion de se retrouver en comité plus réduit et permet parfois de renforcer des liens pour les rendre plus intimes, plus personnels.

*« C'est vrai que quand on est à table on est tous ensemble. Là, c'était l'occasion de parler juste avec ma sœur ou avec mon père. C'était le moment où je pouvais parler avec une seule personne ou deux. » ENT 10*

Par ailleurs, les sentiments de plaisir, de détente et de tranquillité associés à la cigarette découlent directement d'un plaisir situationnel : c'est la situation agréable (se retrouver entre amis, avoir bien mangé etc.) qui rend la cigarette agréable. Une telle atmosphère est plus propice à la discussion et au partage.

*« Elles me procurent un bien être, parce qu'on discute, on va se poser au salon avec un café. » ENT 2*

*« Et puis ensuite on nous a restreint dans une petite salle et c'est quand même bizarre mais il y avait des non-fumeurs qui venaient manger avec nous sachant que nous étions*

*fumeurs parce qu'ils trouvaient que l'ambiance était plus saine, plus marante, plus sympathique. » ENT 6*

Certains expliquent y trouver un intérêt professionnel, la cigarette rendant la relation plus « humaine ».

*« C'est toujours bon de sortir avec pour fumer une cigarette parce qu'en fait tu « coupes l'atmosphère de bureau », et dans le business c'est une affaire d'Homme avec un grand H (je précise). Mais c'est des humains avec des humains et des relations humaines. Et ce qui se passe, c'est que t'arrives à bien parler avec lui ou non parce que c'est sur un point de vue international ou autre. A partir du moment où tu sors de ce cadre de travail, de cette salle de réunion pour sortir dehors et allumer une cigarette ensemble, à partir de là ça rapproche naturellement. » ENT 17*

*« Le social est venu par la suite au niveau professionnel. Certaines choses se discutent en off. Si tu fumes avec la hiérarchie, tu fais passer des messages en off. » ENT 14*

D'ailleurs il n'est pas rare de se faire offrir ou s'échanger une cigarette dans de pareilles circonstances. Cela fait partie des difficultés de ceux qui tentent de s'arrêter : non seulement ils côtoient des personnes fumeurs, mais ils doivent tenir bon et refuser.

*« Non. J'ai tenu trois mois, et c'est long. En plus, on t'en propose énormément et c'est vrai que c'est dur de refuser. » ENT 14*

En somme, d'une part, la convivialité et le plaisir qui y sont associés constituent un appel à la cigarette ; d'autre part, le simple fait de voir les autres fumer génère un comportement de mimétisme social : le fumeur peut fumer beaucoup en quantité sans en avoir réellement besoin.

*« Il y a forcément un effet de groupe. Un pote allume une cigarette, donc forcément... Même si je n'en ai pas forcément envie, je fais strictement la même chose. » ENT 4*

### **3.2 L'UTILISATION FESTIVE : AMUSEMENT ET LIBERTÉ**

L'utilisation festive découle directement du caractère convivial de la cigarette.

Lors des contextes de fêtes, de soirées, la présence de la cigarette est un élément indispensable pour les fumeurs. Passer ces moments sans cigarettes leur semble inimaginables ou du moins « jamais vécus », la cigarette étant facilement accessible. Le paquet est souvent préparé d'avance pour l'occasion.

*« Si je n'ai pas d'alcool je ne vais pas passer une bonne soirée si je n'ai pas de clopes je ne vais pas passer une bonne soirée. » ENT 13*

*« Mais je n'en ai jamais fait sans fumer. Il y a avait toujours quelqu'un qui avait des cigarettes. Si j'en avais plus, je savais qu'il y avait quelqu'un qui en avait. » ENT 7*

D'ailleurs, entrevoir l'absence éventuelle de cigarette dans de telles conditions crée un sentiment de vide, l'impression « de manquer » de quelque chose.

Et c'est particulièrement dans ces contextes que les fumeurs décrivent leurs attachements à l'association cigarette – alcool, en en faisant parfois leurs cigarettes préférées.

Certains décrivent une envie qui augmente avec la consommation d'alcool.

*« Quand je bois ça augmente un peu mon envie de fumer. » ENT 7*

Cela est décrit comme une association de produits sociabilisant qui rend l'ambiance propice à des moments de convivialité et d'amusement.

*« La bière et la clope ça va ensemble. C'est sociabilisant. »*

De par la mise en route de comportements automatiques et de mimétismes précédemment décrits, les fumeurs se trouvent donc dans une situation où leur consommation de cigarettes peut grimper rapidement... et ce parfois au prix de quelques sensations physiques désagréables qui ne sont pas une grande entrave à la consommation.

*« [...] oui aussi parce que la cigarette ça donne mal à la gorge. En tout cas moi ça me l'assèche. Donc c'est s'isoler, boire, fumer. » ENT 10*

Cette consommation plus importante de la cigarette est parfois associée à un sentiment de liberté. En effet le fumeur en ne se restreignant pas dans ses quantités a l'impression de profiter pleinement de la situation. Ce sentiment de jouir pleinement du moment présent, justifié par les circonstances festives peut contrebalancer d'éventuels sentiments de culpabilité. Bien au contraire dans ces moments-là il lui est plus facile d'assumer son acte, tout en connaissance de cause.

*« J'ai tendance à penser que « quand on fait quelque chose, on les fait bien » et fumer est mal, picoler est mal. Et je me dis que tant qu'à se faire plaisir, autant le faire à fond. » ENT 4*

En revanche, les fumeurs sont capables de moins recourir à la cigarette s'il existe des contraintes. C'est notamment le cas avec l'interdiction de fumer dans les lieux publics obligeant le fumeur à sortir, principalement désagréable en hiver. Les fumeurs ont parfois une sensation d'atteinte à un plaisir puisqu'ils sont restreints dans leurs libertés.

*« Par contre dans les contextes de bar ou de boîte, je trouve ça dommage. Ça a un côté festif. On perd en plaisir. » ENT 4*

Parfois cela entraîne des comportements de consommation excessive lorsqu'ils se retrouvent dans des pays où de telles lois ne sont pas en vigueur.

*« Je fumais non-stop, alors que ici du coup on consomme moins par la force des choses. Ça soulève une autre question. Si on avait gardé cette autorisation, peut-être qu'en tant que français on n'aurait pas ce type de réaction quand on part à l'étranger. » ENT 4*

Par la force des choses, le fumeur prend l'habitude de sortir fumer dehors. Certains peuvent y voir l'occasion de s'aérer, de faire une pause dans la soirée, de varier les activités etc.

*« En quoi elle est bien celle-là ? Ben ça fait une pause en soirée. On danse, et hop là on va fumer une clope. Ça permet de s'isoler du coin, aller dans le frais, faire une pause. »*

ENT 10

### **3.3 L'INFLUENCE DES SENTIMENTS DE DÉTENTE ET D'AISANCE PROCURÉS PAR LA CIGARETTE DANS LE CONTACT SOCIAL**

Les rapports sociaux sont facilités par des sensations de détente voire d'aisance avec la cigarette.

En effet, le fait de détenir une cigarette en main permet à certains de se donner une contenance, simplifiant les contacts sociaux.

*« [...]Le contact est parfois plus simple avec la cigarette à la main. C'est peut être psychologique j'en sais rien, mais il y a quelque chose avec ça. » ENT 11*

Par ailleurs, comme nous l'avons vu plus haut la cigarette faisant partie intégrante de la gestion du stress et de l'anxiété pour le fumeur, elle contribue de ce fait à un sentiment de détente.

Quand l'origine du stress est l'appréhension du contact à l'autre, l'individu peut utiliser la cigarette telle une motivation à affronter ses réticences.

*« A l'époque quand on cherchait du boulot, on rentrait dans le bureau, on se sentait à l'aise. Ça évitait la nervosité [...]. C'est exactement la même chose qu'avec l'alcool : allez, je vais boire un coup et j'y vais ! C'est un peu pareil. » ENT 11*

Pour certains, plus timides, allumer une cigarette permet de se sentir comme les autres fumeurs et donc de dépasser la peur d'être jugés voire même de ressentir une certaine aisance.

*« J'avais l'impression d'être comme un peu tout le monde. Donc du coup les gens venaient me parler... » ENT 7*

Le fumeur prend plus de confiance en lui, lorsqu'il a la sensation d'être plus attractif avec la cigarette. Cela incite selon lui d'autres personnes à venir entamer une discussion.

Fumer pousse également à sortir d'une certaine « zone de confort » et se retrouver en présence d'autres inconnus (le simple fait d'entrer dans un bureau de tabac, devoir sortir fumer et laisser ses amis...etc.).

*« Tous les fumeurs sont dehors [...] Alors qu'un non-fumeur... Un non-fumeur, ça va rester avec ses copains, il ne va pas parler (rires)... » ENT 9*

La répétition de ces situations générées par la cigarette crée une sorte de « désensibilisation » pour les plus anxieux qui ont l'impression de réussir à s'ouvrir de plus en plus.

*« Ça m'aidait beaucoup à aller vers les gens, le fait de rentrer dans un tabac de parler. Tu parles à des inconnus donc tu te dis : « je parle au mec du tabac donc pourquoi je ne parlerais pas à lui. C'est exactement pareil. ». ENT 7*

Par ailleurs, l'association et donc l'assimilation de la cigarette dans l'esprit des fumeurs à un moment de plaisir, et « à un moment où ils se sentent bien et détendus » contribuent à simplifier également les rapports sociaux.

*« Oui, tout à fait et comme la cigarette détend, ça permet d'avoir un contact très détendu. Puisque c'est un moment qu'on associe à un plaisir la cigarette, donc forcément on est bien. »* ENT 1

Le comportement tabagique imprégnant les relations sociales, s'arrêter de fumer aurait un réel impact puisque cela signifie pour certains la fuite constante des fumeurs.

*« Comment ça s'est passé ce sevrage au final ?*

*- J'évitais de rencontrer des gens qui fumaient »* ENT 1

### **3.4 L'IMAGE DU FUMEUR ET L'ART DE LA COMMUNICATION NON VERBALE**

Nous avons souligné plus haut l'existence d'une relation tactile à la cigarette et d'un attachement au geste.

D'un côté le geste de fumer revêt un aspect banal, notamment en raison de son caractère répandu, répétitif, non réfléchi.

*« Je ne sais pas. Je fume de manière très ordinaire. Je sors ma clope, je l'allume... »*

ENT 15

C'est ainsi que certains fumeurs se surprennent par la facilité à faire ce geste de façon machinale.

*« Tu fumes tu poses ta clope (il fait semblant de taper à l'ordi et de rallumer une nouvelle cigarette), et là tu vois l'autre en train de se consumer. Et c'est là que tu vois que ça n'est pas réfléchi, c'est gestuel. »* ENT 13

D'un autre côté, ce geste a une capacité à transmettre des messages non verbaux.

Nous avons par ailleurs vu l'importance de l'image chez l'adolescent. Certes, il ne s'agissait que de démontrer sa maturité, mais cela a également son importance chez l'adulte. Malgré la déploration de la dégradation actuelle de l'image du fumeur, dans l'esprit de certains, la cigarette dégage parfois une certaine « classe », « élégance » « sympathie », une « attitude détendue », une attractivité, une capacité à savoir s'amuser. Quelques-uns fument lors de situations tendues pour renvoyer une image sereine, afin de prouver leur capacité à maîtriser leur émotion et garder leur calme.

*« [...] je trouve que la clope c'est élégant. » ENT 13*

Fumer une cigarette électronique est interprété par certains comme un aveu d'échec, donnant une mauvaise image tandis que fumer, c'est montrer que l'on assume ses choix.

*« Je trouve déjà que c'est naze en terme d'image [...] Le gars qui veut arrêter de fumer, mais ne sait pas s'arrêter de fumer alors il prend ce truc là... Soit tu fumes, soit tu ne fumes pas. » ENT 13*

Par ailleurs, et à titre d'exemple, pour certaines femmes, la cigarette est considérée comme un accessoire de féminité qui, couplé à une gestuelle étudiée a un pouvoir attractif.

*« Ben avoir la cigarette en main, il y a quelque chose pour moi. J'ai toujours vu ce geste-là. Et inconsciemment, je ne trouve pas ça vulgaire. Il y a quelque chose. Quand une femme est bien mise, avec de belles mains, des beaux ongles une cigarette c'est très esthétique aussi... Je vais vous surprendre, mais pour ma part c'est cela. » ENT 1*

Certains fumeurs affirment se démarquer par le choix de leur cigarette.

*« Je suis dans un esprit de contradiction et j'aime bien aussi me démarquer des autres : je fume des cigarettes longues déjà et je fume des menthols. » ENT 6*

L'influence médiatique et du marketing dans l'image du tabac transparait aussi dans certains discours. Chez les plus jeunes en revanche cette influence est moins ressentie.

*« James Dean. Il avait ce côté un peu ténébreux. A l'époque c'était une icône. Il était cool, c'était une figure de l'époque et la plupart de ses photos sont prises avec une clope. Le regard super ténébreux, il représentait quelque chose, avec une clope à la main. Il y a ce côté un peu cow-boy. » ENT 9*

### **3.5. FAIRE DES NOUVELLES RENCONTRES**

Fumer permet également de se créer des occasions de rencontres.

*« A la limite le fait que je sorte fumer une clope ça provoque des rencontres et des situations etc. » ENT 8*

Tout d'abord, initier la conversation par une demande de feu ou parfois de cigarettes, accessible même aux plus timides, peut être prétexte à entamer facilement une discussion.

*« Ça facilite les choses, clairement. Moi, qui ne vais pas vers les gens qui suis timide... Ça va être un prétexte. L'autre soir, en soirée je suis sortie fumer une clope. Je sors une cigarette mais je n'avais pas de feu et donc tout de suite j'en ai demandé à quelqu'un et ça s'est enchaîné. » ENT 4*

Pour ceux qui souffrent de solitude sociale, cela peut être réellement un aspect important de la cigarette.

*« C'est vrai que vu que je suis en invalidité, je suis quand même très renfermée. Les enfants sont grands, donc on n'a plus trop de contact avec les gens. Et le fait de se joindre à*

*des gens qui fument : « ah, vous n'avez pas une cigarette ? » peut mener à des discussions. »*

*ENT 3.*

Les fumeurs ont parfois le sentiment de faire plus facilement des rencontres notamment depuis la loi interdisant de consommer dans les espaces publics fermés.

*« Quand on sort, c'est un moyen de rencontrer les gens, un moyen de faire connaissance. Quand on sort fumer une clope, il y a toujours des gens qui fument une clope. Surtout maintenant qu'on nous demande de sortir. Du coup c'est le côté social, convivial. C'est festif. » ENT 4*

En effet, étant dans l'obligation de sortir pour pouvoir fumer, ils se retrouvent plus fréquemment en compagnie d'autres fumeurs à l'extérieur.

Extirpés parfois de leurs cercles d'amis, ils peuvent plus facilement se retrouver dans des situations rendant ainsi propices les nouvelles rencontres.

Ces rencontres peuvent être facilitées par un état d'esprit plus propice du fumeur à la discussion (humeur festive, moments agréables, sensation de détente et bien être...).

*« J'ai fait une rencontre le 29 février. J'ai rencontré Marc Lavoine. C'est déjà pas mal. Et je l'ai rencontré pourquoi ? Parce que je suis sortie en même temps que lui pour fumer ma clope. Je n'avais pas de feu, il a allumé ma cigarette et on a discuté pendant 10 min. Je me suis dit : « si je ne fumais pas je n'aurais pas vécu ce moment-là ».*

*- Donc la cigarette permet d'avoir un contact avec des gens....*

*- Oui, tout à fait et comme la cigarette détend, ça permet d'avoir un contact très détendu. Puisque c'est un moment qu'on associe à un plaisir la cigarette, donc forcément on est bien. » ENT 1*

Par ailleurs dans l'esprit de certains, les fumeurs dégagent une image de personnes ouvertes, attirantes et donc suscitant l'intérêt.

*« Ça a son côté attirant ouvert. Tous les fumeurs sont dehors, ça a ce côté attirant, ouvert [...]. Un non-fumeur, ça va rester avec ses copains, il ne va pas parler (rires)... » ENT 9*

Un sentiment de complicité est également décrit entre les fumeurs jouant également dans la facilitation des échanges.

*« Oui, tout à fait et comme la cigarette détend, ça permet d'avoir un contact très détendu. Puisque c'est un moment qu'on associe à un plaisir la cigarette, donc forcément on est bien. Et quand on est fumeur on se comprend. »*

### **3.6 LES SENTIMENTS DE COMPLICITÉ, DE RÉBELLION ET D'APPARTENANCE À UN CLAN**

Les fumeurs dénoncent une dégradation récente de leur image.

*« Parce qu'on est conscient et encore plus maintenant du geste que l'on fait. Parce qu'on est jugé. Et on est regardé. » ENT 6*

Ayant le sentiment d'être de plus en plus mal vus, ils se sentent jugés et condamnés par la société.

*« La clope, avec la réputation que ça a, que ça bousille la santé [...] Il y a des gens qui doivent se dire qu'on est des minables qui bousillent leur santé en jetant l'argent par la fenêtre. » ENT 12*

Par ailleurs, cette dernière leur impose de plus en plus de contraintes les obligeant à adapter leur comportement. Si l'obligation de se soumettre à la loi ne leur laisse pas le choix,

certaines de ces mesures sont plus facilement acceptées (la notion de respect envers les non-fumeurs et les personnes fragiles reviennent souvent dans les discours, ainsi que le gain en confort aussi bien pour les fumeurs que les non-fumeurs).

Telles n'est pas le cas de toutes les mesures (images choquantes, prix du tabac...) : les contraintes (devoir sortir dehors, problème du coût qui augmente etc.) sont plus ou moins bien accueillies.

*« Quand la loi Evin est passée, on a tous été vu comme des parias, à être exportés dehors alors qu'il fait moins dix degrés, à fumer la clope en deux-deux parce qu'on tremble de froid. »*

*« De manière générale, je comprends tout à fait. Je suis d'accord avec ça. Par contre dans les contextes de bars ou de boîte, je trouve ça dommage. Ça a un côté festif. On perd en plaisir. » ENT 4*

*« Je ne fume que des roulées mais c'est pour des raisons financières. En terme de plaisir ça enlève énormément parce que les cigarettes roulées ça ne ressemble à rien [...] »*

ENT4

C'est pour ces raisons que certains, en proie à la colère, estiment être bafoués dans leurs droits et dénoncent l'existence d'une atteinte à un moment de plaisir ou d'une privation de leur libre arbitre.

*« J'ai dit : « pourquoi, nous on est obligé de supporter les collègues qui picolent trop à une fête de fin d'année, par exemple et que les fumeurs n'ont pas le droit de fumer dans la salle parce qu'il y a des non-fumeurs? » Je suis un peu contestataire. Ça m'a beaucoup énervée les directives, surtout des directives qui émanent de sa personne. Si moi, j'ai envie de*

*me suicider à petit feu parce qu'un jour j'aurais un cancer du poumon, eh ben tant pis, je l'aurai. » ENT 6*

Si fumer est un geste banal, cela demeure donc de moins en moins vrai et beaucoup décrivent une culpabilisation (intoxication des non-fumeurs, sentiment de jeter l'argent par les fenêtres, maltraitance consciente de la santé).

*« Les fumeurs sont aujourd'hui devenus des parias, des rebuts de la société, des gens qui foutent leur argent en l'air. » ENT 6*

*« Mais maintenant, tout le monde me fait des remarques à cause de mes problèmes de santé. Ils me disent : "tu vas crever". Je le sais, mais pourtant je fume et ça ne me dérange pas. Je sais que c'est super dangereux pour moi, sachant mes problèmes de santé, mais je n'ai pas le déclic. Je joue ma vie mais je n'y arrive pas. » ENT 2*

Un sentiment d'isolement est aussi parfois évoqué, les fumeurs constatant la diminution de leur nombre ou encore suite au sevrage réussi par certains de leurs proches (notamment parfois suite à des maladies graves).

Tout ceci contribue à un malaise envers la société.

*« Devant les non-fumeurs, je vais me sentir mal à l'aise et gênée de fumer [...] »*

Pour d'autres, ce malaise est plutôt interne. À titre d'exemple certains ressentent un sentiment de solitude face au sevrage réussi de proches qui les renvoie à leur propre échec induisant colère, culpabilité et stress supplémentaire.

*« Ma maman a eu des graves problèmes de santé et a arrêté de fumer depuis son hospitalisation. Elle a fait une embolie pulmonaire. Mon père a eu un cancer de la gorge et*

*des poumons. Il ne fume plus du tout. Et c'est stressant parce que je me dis que les gens autour de moi y arrivent sauf moi, ça m'énerve. » ENT 2*

C'est ainsi qu'un sentiment de rébellion est cultivé par un certain nombre, critiquant les mesures excessives à leur encontre et une hypocrisie de l'état (taxe sur les cigarettes, rationnement gratuit des troupes auparavant etc.)

*« Donc vous vous n'étiez pas surpris qu'on vous offre des cigarettes ?*

*- Non parce que c'était toujours comme ça. Et maintenant, l'Etat veut faire marche arrière et faire bonne figure en mettant des dessins sur les paquets et tout... Et en plus de ça, au lieu de l'enlever carrément, de dire « c'est interdit, on n'en vend plus ».... Non, il y a tellement d'argent à ramasser, les taxes et tout... » ENT 11*

Toute cette atmosphère est décrite comme contribuant à la naissance d'un sentiment d'appartenance à un clan, une communauté. Et ce d'autant plus que les fumeurs se côtoyaient souvent, se retrouvant à fumer ensemble.

*« Je ne sais pas. A force d'être traités de parias, on a fait des espèces de clans: « qui m'aime me suive ». ENT 6*

Incompris par la société et partageant la même habitude, ils estiment parfois « se comprendre entre eux » voire même partager une certaine complicité, trouvant un ainsi soutien social à leurs actes.

*« Et quand on est fumeur on se comprend. » ENT 1*

*« En fait, vu qu'on est entre personnes qui fument, qui font des choses qui sont extrêmement mal vues par la société, il y a une certaine connivence. » ENT 4*

Ainsi solidaires, certains ont l'impression de résister voire se rebeller contre l'opinion de la société : fumer est un acte de défiance, puisque notamment les législations sont non dissuasives et incitent parfois au contournement (trouver des paquets moins chers dans un autre pays...).

Le sentiment de ne pas être isolé contribue à la déculpabilisation et au lâcher prise pour profiter des moments, en se souciant moins des risques encourus.

*« [...] ce n'est pas bien mais, on s'en fout », et on reste ensemble entre nous, entre gens qui s'intoxiquent et qui se rendent malades pour rien. » ENT 4*

*« Et puis on se dit aussi qu'on est plusieurs à le faire et il y en a toujours un qui dira « oui j'ai mes grands-parents qui fument et qui vont bien ». ENT 9*

Certains y défendent même une certaine philosophie de vie : pouvoir et savoir s'amuser sans tenir compte des conséquences.

*« Mais ma fille est tolérante et de toute façon elle a dit que c'est avec les fumeurs que l'on s'amuse le mieux. C'est peut-être des gens qui ont une certaine façon de vivre. En pause, ça a été toujours beaucoup plus animé, beaucoup plus sympathique dans la pièce fumeur que dans la pièce non-fumeur. Ils nous avaient laissé la grande pièce, parce que moi j'ai bataillé ferme et sec. Et puis ensuite on nous a restreint dans une petite salle et c'est quand même bizarre mais il y avait des non-fumeurs qui venaient manger avec nous sachant que nous étions fumeurs parce qu'ils trouvaient que l'ambiance était plus saine, plus marrante, plus sympathique. » ENT 6*

Fumer est donc toujours perçu comme un signe d'appartenance à un clan. Certains fumeurs avouent utiliser cet aspect afin de faciliter les interactions sociales, générant des attirances mutuelles.

« [...] *Devant les fumeurs, c'est un peu comme si je voulais dire « regardez, je fais aussi partie de votre clan »* ENT 8

#### **4 SYNTHÈSE : UNE IDENTITÉ DE FUMEUR**

« *C'est bête mais moi je me vois fumeur. Je suis fumeur, je me vois fumeur. Et je ne me vois pas non- fumeur.* » ENT 13

La cigarette a donc imprégné l'ensemble des domaines bio-psycho-sociaux de la vie du fumeur, en lui permettant de continuer à fonctionner normalement (s'arrêter signifiant obsession, irritabilité, fuite et renoncement), en lui donnant l'impression que le plaisir ne peut exister sans la cigarette, en lui constituant un refuge dans les moments de tensions psychiques (stress, dépression, force pour affronter un travail difficile), et en imbibant sa vie sociale. Cette imprégnation est parfois si forte que l'individu a l'impression qu'elle fait partie de son identité, incapable de s'imaginer autrement.

« *Arrêter c'est la grande question. Ça fait partie de moi. Si on retire la cigarette, on me retire quelque chose. Ça fait 20 ans. Ça changera mon quotidien forcément. Par quoi remplacer la cigarette ? C'est la question.* » ENT 1

« *J'aime fumer. Ça fait peut être partie de ma personnalité.* » ENT 5

### **III DISCUSSION**

#### **A FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE**

##### **1. LES FORCES**

###### **1.1 UNE MÉTHODE ADAPTÉE**

Une des forces de notre étude réside dans l'utilisation d'une méthode adaptée pour répondre à la question de recherche, à savoir l'application d'une méthodologie qualitative basée sur des entretiens semi dirigés à l'aide de questions ouvertes. Ceci a permis un recueil d'informations riches et le plus conforme possible au vécu des personnes interrogées

###### **1.2 UN NOMBRE D'ENTRETIENS SUFFISAMMENT ÉLEVÉ**

Une autre force de notre étude réside dans la réalisation de 18 entretiens totalisant plus de douze heures d'enregistrements, ce qui a nous permis d'atteindre une saturation dans le recueil de données.

##### **2 LES BIAIS POSSIBLES DE L'ÉTUDE**

###### **2.1 L'ÉCHANTILLON ET LE BIAIS DE SÉLECTION**

Le recrutement se faisant sur la base du volontariat et suite à une consultation en médecine générale, cela rend notre étude vulnérable à un biais de sélection.

Par ailleurs, l'exclusion des ex-fumeurs, des adolescents fumeurs dans notre échantillon doit faire interpréter les résultats avec prudence.

La moyenne d'âge jeune (36 ans) de l'échantillon, notamment, peut soulever des questions. Une des explications de ce phénomène dépend probablement de la prévalence du tabagisme par tranche d'âge. En effet celle-ci, dans la population générale, est maximale

avant 35 ans et diminue avec l'âge(6) : 39 % des 18-44 ans déclarent fumer tous les jours contre 31% des 45-54 ans, 18% des 55-64 ans et 7 % des 65-75 ans. (11). (cf. Figure 1)



*\*FIGURE 1: PROPORTIONS DE FUMEURS QUOTIDIENS DE TABAC EN 2010, SUIVANT L'ÂGE ET LE SEXE (SOURCE : BAROMÈTRE SANTÉ 2010, INPES)(12)*

## 2.2 BIAIS DE MÉMORISATION :

Nous avons interrogé les individus sur le début de leur histoire tabagique afin de repérer les bénéfices initiaux à adopter ce comportement. Cependant, l'initiation se déroulant souvent à l'adolescence, et l'âge moyen de nos patients étant de 36 ans, il existe probablement un biais de mémorisation à prendre en compte ; et ce d'autant plus que l'on se réfère à la mémoire bibliographique des individus. Par ailleurs, en raison de l'évolution de notre société et de l'image variable du tabac dans le temps, il est probable que le discours recueilli puisse différer de celui qui pourrait être tenu par les adolescents actuels. Il faut donc interpréter nos résultats avec prudence.

### **2.3 BIAIS DE DÉsirABILITÉ SOCIALE**

Il existe probablement un biais de désirabilité sociale dans cette étude, au vu de la considération sociale du tabagisme et de la relation des statuts enquêteur/enquêté (médecin/patient). Afin de réduire ce biais (bien qu'il soit impossible de l'annuler), nous avons réalisé notre enquête dans des lieux différents du cabinet médical tel que le domicile du patient, ou des lieux plus neutres selon les convenances. Nous précisions également aux participants que le but de notre enquête n'était pas de culpabiliser ou de porter un jugement mais qu'il s'agissait d'une démarche de compréhension des fumeurs afin qu'ils ne soient pas tentés d'adapter leurs discours à ce qui est « socialement concevable » et puissent parler librement.

### **B LES MÉFAITS DU TABAC**

Nous avons constaté que les fumeurs considéraient globalement leur comportement tabagique comme néfaste en comparaison aux bénéfices potentiels qu'ils en tiraient. Nous notions que l'individu était en conflit avec sa raison et décrivait un sentiment d'impuissance.

Bien que notre étude soit basée uniquement sur les bénéfices, au vu de la récurrence de cette thématique, il nous est impossible de ne pas inclure cet aspect dans nos résultats.

Ce phénomène concorde avec les données de la littérature qui soutiennent que les fumeurs bien que ne se sentant pas prêts pour un arrêt imminent, souhaitent néanmoins entreprendre un sevrage un jour ou l'autre.(8,9) À titre d'exemple, au Royaume-Uni tandis que 70% des fumeurs déclaraient vouloir arrêter de fumer, seulement un tiers d'entre eux faisait une tentative de sevrage dans l'année.(13)

Certains auteurs concluent que « la connaissance des méfaits du tabagisme amène les fumeurs à pondérer les aspects positifs et négatifs de la cigarette en les incitant à en dévaluer

les « avantages » ». En d'autres termes, les fumeurs attribueraient plus de valeurs aux méfaits du tabagisme qu'aux bénéfices éventuels qu'ils retirent de ce comportement.(2)

Cependant la coexistence d'un discours sur les bénéfices et les méfaits chez un même individu bien que semblant paradoxal, est témoin d'un conflit émanant d'un comportement incompatible avec la connaissance des conséquences sanitaires attribuées au tabagisme. Selon la théorie de la dissonance cognitive, le fait de détenir des connaissances qui sont incompatibles les unes avec les autres produirait un état de dissonance cognitif psychologiquement inconfortable poussant l'individu à mettre en œuvre des stratégies ciblant une diminution du conflit. Cet état de dissonance a été décrit chez le fumeur dans la littérature.(14)

Cependant l'aspect palpable de ce conflit émergeant de notre étude, nous conforte dans l'existence d'une brèche nous laissant des opportunités d'actions. Quant au sentiment d'impuissance éprouvée par certains, cela nous incite à adopter une attitude empathique dans notre prise en charge.

Par ailleurs, une tendance à la culpabilité ressort de nombreux témoignages que nous avons recueillis concordant avec les sentiments négatifs relevés chez les fumeurs par d'autres études : colère, honte, culpabilité etc. (8,9). Le sentiment de culpabilité avait été mis en exergue par les études portant notamment sur les femmes enceintes, les personnes souffrant de cancer ou de BPCO ainsi que sur les professionnels de santé fumeurs.

Avoir conscience de l'existence de ce sentiment même chez un fumeur « tout venant », en « apparente bonne santé » et d'autant plus chez ceux souffrant d'une affection liée au tabac pourrait avoir un impact non négligeable dans notre pratique.

En effet, les études prouvent que non seulement certains patients se sentant coupables seraient tentés de dissimuler leurs statuts tabagiques envers les professionnels de santé (13,14)

mais que ce sentiment peut constituer par ailleurs un obstacle au sevrage dans la mesure où il s'oppose au concept de confiance en soi.(15) Or, nous savons que cette dernière est admise comme un déterminant important du sevrage tabagique dans la littérature scientifique.(16) Cette notion est même ancienne : il y a plus de trente ans déjà, une étude soulignait que la confiance en ses propres capacités à arrêter de fumer était un facteur essentiel à l'intention, aux tentatives voire au succès d'une démarche de sevrage.(17) Pour aller plus loin et à titre d'exemple, une étude plus récente montrait que la confiance en soi vis-à-vis de l'arrêt du tabac jouait un effet protecteur sur le craving (envie irrésistible de fumer) alors qu'une faible confiance en soi au contraire faciliterait l'émergence du craving au cours du temps.(18)

Nous devons donc veiller à ce que notre prise en charge n'accentue pas le sentiment d'impuissance et de culpabilité, ce qui pourrait être contre-productif et pousser le fumeur dans ses retranchements. (Il serait par exemple tenté de diminuer la dissonance cognitive en distordant les informations délivrées (14)). Il est essentiel que les patients nous voient comme des partenaires de confiance. Par ailleurs, nos interventions devraient avoir pour but de conforter la confiance en leur capacité d'arrêt, tout en gardant à l'esprit que l'échec d'un sevrage peut poser le fondement d'un sevrage ultérieur réussi.

Au vu de cela, nous aurions pu émettre l'hypothèse que les bénéfices du tabac n'étaient que des prétextes pour les patients en proie à un conflit interne et à la dissonance cognitive. Notre étude confirme que les bénéfices sont réels et les nier revient à se fermer des portes d'un accompagnement complet vers un éventuel sevrage.

Nous développerons dans le reste de la discussion les principaux bénéfices du tabagisme ressortant de notre étude, en prenant garde de distinguer les bénéfices symboliques des bénéfices rationnels, bien que certains d'entre eux soient intriqués.

## **C LES BÉNÉFICES SYMBOLIQUES DU COMPORTEMENT TABAGIQUE**

### **1 LES FONDEMENTS D'UNE IDENTITÉ GRÂCE À LA CIGARETTE**

« Le point fort de la dépendance au tabac c'est que l'ennemi est interne : on ne peut le détruire sans se détruire soi-même »(15)

« Les fumeurs fument car ils aiment être fumeurs. »(19)

Un résultat clé de notre étude était la contribution de la cigarette au façonnement d'une identité.

L'identité de fumeur a été parfois consciemment revendiquée, l'individu se considérant dans l'impossibilité de se représenter dans la peau d'un non-fumeur. Ceci témoigne de la force avec laquelle ce comportement peut s'imbriquer dans sa propre représentation.

#### **1.1 ADOLESCENCE : PÉRIODE DE LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE ET DE L'ADDICTION**

Tout d'abord, nous avons vu, sans surprise, que l'initiation tabagique se déroulait principalement durant l'adolescence(6) : environ 83 % de notre échantillon avait commencé à fumer avant 18 ans. L'importance de cette période dans la quête et la construction identitaire est reconnue (6). Nous avons abordé le rôle de la cigarette dans la construction d'une identité sociale (outil d'intégration à un groupe, construction d'une image renvoyée à ses pairs) et d'une identité personnelle (autonomisation et rupture symbolique avec l'enfance, recherche d'un soi « idéal »). Divers auteurs ont également décrit l'initiation tabagique comme permettant à l'individu d'acquérir une « consistance de soi » (mais également une prestance, affirmer un esprit rebelle, se sentir adulte) influencée par la représentation propre du fumeur (aussi bien négative que positive).(7)

## **1.2 LIEN ENTRE UN COMPORTEMENT ET UNE IDENTITÉ**

L'existence d'un lien entre un comportement et une identité était également soutenue par la littérature. Ce lien résidait dans la capacité du comportement tabagique à définir « le concept que l'individu a de lui-même, » et de le situer « au niveau d'une catégorie sociale bien définie » (fumeurs versus non-fumeurs).(20)

## **1.3 IMPLICATION DE LA CIGARETTE DANS DIVERS ASPECTS DE LA VIE DE L'INDIVIDU : SOCIAL, ÉMOTIONNEL ETC.**

Puis, nous avons repéré que la cigarette était ancrée dans des situations multiples et variées de la vie, qu'elle imbibait des souvenirs, des habitudes et influençait les interactions sociales et les émotions.

### **1.3.1 LE TABAGISME UN OUTIL PARTICIPANT À L'IDENTITÉ SOCIALE DE L'INDIVIDU**

#### **•ACTION DIRECTE DE LA CIGARETTE DANS LA VIE SOCIALE DE L'INDIVIDU**

Considérée comme un outil social par les fumeurs, elle pouvait faciliter les rapports sociaux (activité commune au travail, création des occasions de rencontres etc.) et favoriser par moment la création d'un cadre plus intime, voire un sentiment de complicité. Par ailleurs, certains décrivaient en accord avec nos données une augmentation des caractéristiques sociales du tabac depuis les dernières réglementations (les fumeurs se retrouvant plus souvent ensemble pour fumer).(8)

#### **•ACTION INDIRECTE DE LA CIGARETTE DANS LES INTERACTIONS SOCIALES :**

#### **RÉGULATION ÉMOTIONNELLE, GESTION DES SITUATIONS DE STRESS SOCIALES.**

L'action de la cigarette était complexe, et nous avons évoqué que son rôle dans la régulation des émotions pouvait également influencer les interactions sociales. Donc conformément à nos constatations, les études relevaient que la cigarette permettait de se

rassurer, se désinhiber, d'entrer en contact plus facilement avec les autres etc...(21) Le tabagisme était parfois désigné comme faisant partie d'une stratégie de gestion des situations de stress social.(22)

#### **1.4 LA CIGARETTE : REPRÉSENTATION DE CERTAINES VALEURS, SYMBOLE DE L'IDENTITÉ INDIVIDUELLE ET L'APTITUDE À PRENDRE DES RISQUES**

En outre, ce qui transparaissait des entretiens, c'était que bien plus qu'un comportement addictif, l'homme avait l'art d'attribuer à la cigarette une dimension symbolique : le pouvoir de véhiculer certaines représentations et valeurs, « une philosophie de vie » (fumer c'était « vouloir s'amuser », se différencier des autres en montrant un esprit rebelle, être capable de vivre pleinement le présent sans penser aux conséquences futures etc.)

Selon certains auteurs, une partie de la conception de la cigarette découlerait de notre société où les menaces sont omniprésentes (pollution, alimentation, guerres, chômage...) : ainsi fumer deviendrait pour certains une démonstration d'une aptitude à prendre et à accepter les risques.(7,20,23)

#### **1.5 RENFORCEMENT IDENTITAIRE**

Nous avons également noté, conformément aux travaux de certains auteurs (2,8) que les réglementations plus sévères et la vision actuelle du tabagisme avaient parfois tendance à renforcer cette identité (générant un sentiment de « clan des fumeurs » une fracture avec la société poussant certains à renforcer leurs positions de fumeur et trouvant chez les autres fumeurs un soutien et un support social). Ainsi certains percevaient dans ces mesures une menace identitaire, les incitant à adopter une posture défensive.(2,8).

#### **1.6 IMPACT DE LA NOTION D'IDENTITÉ DE FUMEUR SUR LES ÉTAPES DU TABAGISME**

Le champ d'implication de ces résultats peut être vaste puisque le concept d'identité peut être impliqué dans l'initiation, la consommation quotidienne mais également dans les

tentatives d'arrêt voire de succès d'un sevrage tabagique. Par exemple, des études ont mis en évidence que pour arrêter de fumer l'individu doit développer un concept de soi en tant qu'ex fumeur(24), que l'intention d'arrêter était d'autant moindre que l'identité du fumeur était forte (2) ou encore que l'identité positive de fumeur pouvait constituer un frein au sevrage.(25)

### **1.7 QUELQUES PISTES DE RÉFLEXIONS POUR NOTRE PRATIQUE**

Une des pistes pour aider nos patients est de veiller à ce que notre message ne pas soit pas vu comme une « menace » pour l'identité personnelle mais que l'individu puisse concevoir et se plaire dans une identité de non-fumeur. En effet, nous savons que le concept d'identité d'une personne n'est nullement immuable, et que des changements sont possibles.(2,20)

Nous pouvons nous montrer rassurants dans le fait que l'identité du patient ne se résume pas au tabac et qu'il peut ne pas être affecté par le sevrage. De même, la vision de la vie et des valeurs ne sont pas incompatibles avec le sevrage s'il en montre le désir. Nous pouvons souligner qu'il faut parfois du temps pour intégrer un facteur modifié (comme un changement corporel, variation de poids, vieillissement...le sevrage) dans une identité et sa vision de la vie.

L'identité d'une personne est singulière, différente pour chaque fumeur, donc il revient à chaque médecin de rendre individuelle la prise en charge de cet axe selon le patient.

Ce domaine mérite encore des explorations afin par exemple de cibler les populations qui auront plus de difficultés à arrêter de fumer ou afin d'étudier les déterminants de cette identité pour développer des méthodes de prévention et d'action efficace notamment en santé publique.

## 2 L'INTÉGRATION ET LA NORME SOCIALE : LES MOTEURS DE L'INITIATION

Notre étude soulignait l'importance aux yeux de l'adolescent de la notion du groupe, sa volonté d'acceptation par ses pairs, son envie d'être un membre à part entière de celui-ci. La cigarette dans ce contexte était perçue comme outil d'intégration et l'aspect social semblait guider les débuts du jeune fumeur. Dans certains témoignages nous relevions des évocations d'une « pression de groupe » et d'une incitation à la consommation par les pairs.

En accord avec nos données, « avoir des amis fumeurs » ou la « pression perçue » par les pairs étaient décrits comme des facteurs de risque d'initiation tabagique(6,26). On parlait également d'une « pression sociale active », c'est à dire des incitations explicites à la consommation tabagique.(2)

Les participants nous avaient fait part du désir de faire « comme *tout* le monde », en tant que facteur motivant les premières bouffées. Ce discours révélait une conception de la réalité emprunte d'une certaine distorsion.

On peut rapprocher ces discours avec ce que certains auteurs appellent « la pression sociale passive », ainsi que de la notion de « faux consensus ». La « pression sociale passive » contrairement à la pression sociale active, n'est pas explicite : elle est liée aux observations et aux estimations des jeunes (« le comportement des autres devenant un indice de ce qui est socialement valide et de ce qu'il faut faire »). (2) Le « faux consensus » quant à lui est le phénomène qui désigne cette tendance à surestimer le nombre d'adolescents fumeurs (27).

Par ailleurs, l'implication centrale du groupe au sein de l'adoption du comportement tabagique que nous avons relevée trouvait écho dans la notion de renforcement social (à noter par exemple que les pairs déjà consommateurs fournissaient ne serait-ce que l'accès et les lieux pour la consommation (21)).

Plus généralement, il nous est impossible de parler de cigarettes sans parler de norme sociale.

Nous avons constaté que pour certains le tabac durant leur jeunesse semblait être l'attribut de « l'adulte normal ». Les participants nous avaient fait part d'une banalisation de la cigarette. Cette notion selon laquelle une norme sociale influence le comportement des individus (et donc des familles, base de la société) semble évidente.

Certains participants nous parlaient spontanément de l'implication des parents dans leur comportement actuel mais également des processus d'imitations et de références à des modèles (qui pouvaient être différents des parents).

Selon la théorie de l'apprentissage social de Bandura, « l'observation et l'imitation d'autrui », « l'identification à ceux-ci » et « le renforcement social » étaient décrits comme les « mécanismes engageant l'individu dans un comportement », mettant les modèles sociaux au cœur de la réalisation d'un comportement.(2)

Ainsi , confortant nos constatations, le tabagisme parental ou celui des proches étaient considérés dans la littérature comme des facteurs de risque de tabagisme chez les enfants.(6)

De plus, certains participants nous avaient fait part de l'impact de l'image du tabac durant leur jeunesse dans l'adoption du comportement tabagique, image qu'ils avaient vu évoluer avec le temps.

Nous ne reviendrons pas sur les bénéfices symboliques de la cigarette dans la construction de l'identité. En revanche, il ressort de nos résultats que l'attractivité de la cigarette pouvait résider notamment dans la richesse et la diversité d'images qu'elle était capable de conférer (par exemple : « être normal », « être fun », « être rebelle » etc.). À ce propos, nous avons décelé au travers des discours l'influence de la publicité et du cinéma (à

travers par exemple le désir d'imiter une idole, l'importance accordée à une marque particulière, à la forme des cigarettes). Certains comparaient la cigarette à un « accessoire de mode », voire à un style vestimentaire.

En accord avec nos données, l'influence des médias, de la publicité, du cinéma dans l'image du tabac et l'initiation tabagique chez les jeunes était également incontestable et démontrée (6). L'exposition au tabagisme dans des films était considérée comme un facteur de risque d'initiation tabagique dans nombres d'études (26). L'exposition des adolescents à des scènes cinématographiques de consommation de cigarettes était de façon « dose dépendante » liée à l'initiation tabagique(6). Le design du paquet (forme, façon d'ouvrir), (28) la « réceptivité aux efforts de promotion du tabac » avaient un impact dans l'initiation tabagique (26).

D'ailleurs, une des actions de lutte contre le tabagisme a été de supprimer la publicité pour le tabac et plus récemment d'instaurer le paquet neutre afin d'atténuer ce type d'influence.

Plus généralement, un moyen connu de lutter contre l'attractivité du tabac, notamment chez les jeunes, était de tenter d'agir sur l'opinion publique et « l'influence sociale » en essayant de « dénormaliser » le tabac.

En France, dans les années 60, 57% de la population française était fumeuse contre environ 32 % des 15-85 ans de nos jours, reflétant une modification de l'attitude sociale envers le tabac.(6) Ceci a été possible, notamment grâce à l'inclusion de la lutte antitabac dans la législation (action sur le prix, vente interdite aux mineurs, interdiction de fumer dans les espaces publics clos) et grâce aux campagnes d'informations (ayant permis de transmettre largement les connaissances sur les méfaits du tabac).

Nous pouvons facilement imaginer que l'image du fumeur en tant « qu'adulte normal », et la banalisation décrite par les participants sont moins vraies de nos jours qu'à une certaine époque grâce à ces mesures.

Cependant il reste tout de même à souligner, malgré ces progrès incontestables et appuyés par des chiffres, l'existence d'une position ambivalente de notre société sur le tabac, dénoncée par certains patients : stigmatisation d'un côté mais tolérance de l'autre, et le produit reste encore facilement accessible aux jeunes...

Nous sommes d'avis comme certains auteurs que ce contexte ambivalent pourrait avoir des effets pervers. Il pourrait même expliquer la persistance de ce comportement à la lumière des attributs séducteurs du tabac que nous avons pointés du doigt dans cette étude. En effet, les législations actuelles peuvent signaler implicitement les limites à partir desquelles le comportement est permis(2) : ainsi par exemple en interdisant la vente aux mineurs, il est possible que l'on augmente le pouvoir séducteur du tabac puisqu'on renforce l'idée selon laquelle la cigarette est le propre de l'adulte ou encore la notion d'interdit qui reste finalement facilement franchissable, mais également le fait que les cigarettes soient chères (et que, par conséquent on a les moyens de se les offrir...)

Une dernière notion qui nous paraissait importante dans l'initiation était la peur du rejet. La peur, en général, est connue comme facteur émotionnel pouvant motiver un comportement. D'ailleurs, le modèle d'appel à la peur est principalement utilisé par certaines campagnes antitabac afin d'amener le fumeur à percevoir le danger du tabac et de l'inviter à changer son comportement(2). En revanche, dans notre étude, la peur de « l'exclusion sociale » semblait être un déterminant de l'adoption du comportement tabagique.

Ainsi, il semblait ressortir de nos données que c'était à l'adolescence que se concentraient les bénéfices (réels ou suspectés...) à adopter un comportement tabagique. Le

modèle de « l'utilité subjective attendue » postule que le comportement d'un individu dépend d'une évaluation de la balance bénéfices/ risques d'une situation, dans le but de maximiser les bénéfices. Ainsi en suivant cette logique, plus un individu ressentirait une utilité importante à fumer, plus il fumera (plus l'utilité subjective sera faible, moins il fumera)(2). Ces données prennent d'autant plus de sens que nous savons que l'adolescent a tendance à minimiser les risques du tabagisme (6)

Pour toutes les raisons sus citées, « le manque d'aptitudes sociales »(2) a été désigné comme un des déterminants des premières bouffées. Ainsi pour prévenir le tabagisme, des programmes d'amélioration des aptitudes sociales (programmes ayant pour objectif de donner à l'adolescent les outils pour améliorer la résolution des problèmes et la prise de décision, de résister à l'influence des pairs, de lutter contre le stress, d'améliorer le self contrôle ou l'estime de soi) ont vu le jour. Selon une méta analyse sur les interventions en milieu scolaire dans la prévention de l'initiation tabagique, les méthodes de prévention donneraient des résultats de réduction à long terme de l'initiation estimée à environ 12 %. Selon cette même étude, les interventions les plus efficaces étaient celles qui portaient sur les programmes d'amélioration des compétences sociales ou encore les programmes associant les compétences sociales et influences sociales (c'est-à-dire les programmes permettant aux adolescents de repérer et se méfier des influences sociales qui encouragent l'utilisation de drogue, de résister aux offres du tabac, à la pression exercée par les pairs, aux situations qui pourraient directement ou indirectement inciter à fumer). (29)

Nous pensons donc qu'afin d'éviter que les jeunes soient attirés par le tabac, il faut notamment poursuivre les efforts de « dénormalisation » et favoriser des programmes centrés sur les compétences sociales et influences sociales.

### **3 L'EXPÉRIMENTATION, LA CURIOSITÉ ET L'ENVIE DE PRENDRE DES RISQUES**

Dans notre étude, un autre « bénéfice » alloué à la cigarette résidait dans sa capacité à satisfaire une curiosité (parfois présente dès l'enfance) et une envie d'expérimentation.

Si la curiosité n'est pas en soi condamnable, il nous faut toutefois rester vigilant car nous savons que les adolescents sont plus vulnérables à l'égard du tabac ( plus le tabagisme s'installe tôt plus le risque de devenir fumeur régulier dépendant à l'âge adulte est important), d'autant plus que les études estiment que 80% des jeunes auraient fumé au moins une fois dans leur vie. (6)

Nous avons noté que l'expérience initiale semblait divergente selon les individus, souvent déplaisante mais pas toujours. D'ailleurs ces premières expériences vécues comme plaisantes étaient décrites par certains auteurs comme des facteurs de risque de tabagisme ultérieur. (21)

Nous avons également constaté que c'était l'occasion d'expérimenter d'autres substances (cannabis, alcool), ce qui est conforme aux données de la littérature à ce sujet. (21)

Ainsi, au fil des entretiens, nous avons relevé qu'il ne s'agissait pas seulement de découvrir les sensations physiques attribuées à la cigarette mais à travers cette dernière de « s'amuser », de se découvrir un goût pour l'interdit et le risque, voire même pour la rébellion.

Ces traits de caractères que nous avons relevés (goût pour l'expérimentation, l'interdit et le risque, les tendances à la rébellion...), font écho à certains travaux qui démontrent que les dimensions de la personnalité telles que « la recherche de sensation » et la « recherche de nouveauté » sont les plus impliquées dans l'initiation tabagique (et dans d'autres addictions). Pour résumer, la recherche de sensations (modèle développé par Zuckermann)(30) peut être

définie comme « un besoin d'expériences et de sensations variées, complexes, une volonté de s'engager dans des expériences sociales risquées, expériences recherchées pour elles-mêmes »)(6,21). Cette recherche de sensation connaîtrait un pic à la fin de l'adolescence pour décroître avec l'âge(21). Quant à la recherche de nouveauté (modèle développé par Cloninger dans les années 1980)(31), elle correspond à une tendance à manifester de « l'intérêt face aux stimuli nouveaux et à y répondre avec excitation, menant à une activité exploratoire, et à la recherche de nouvelles expériences, dans le but d'éviter activement la monotonie (susceptibilité à l'ennui) et de recevoir des récompenses.(6,21) De ces dimensions découleraient une grande sensibilité aux effets subjectifs initiaux de certaines drogues et notamment de la nicotine.

Tout ceci nous pousse à redoubler de vigilance par rapport à l'expérimentation tabagique et nous donne des indices sur les adolescents les plus susceptibles de développer un tabagisme. Par ailleurs cela nous incite à rechercher l'usage d'autres substances associées.

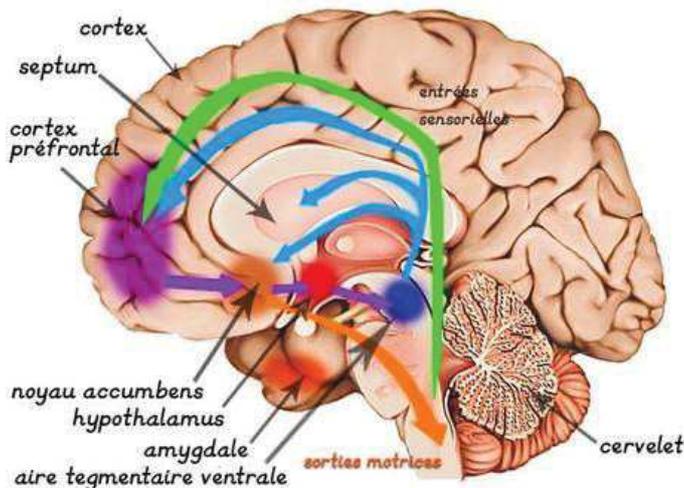
## **D LES BÉNÉFICES RATIONNELS DU COMPORTEMENT TABAGIQUE**

### **1 DES BÉNÉFICES BASÉS SUR LES ASPECTS BIOLOGIQUES : LES NOTIONS DE « PLAISIR », DE « RÉCOMPENSE » ET DE « REPÈRE DU QUOTIDIEN »**

Le plaisir de fumer et l'usage de la cigarette comme une récompense gratifiant un effort ressort comme un autre bénéfice du tabagisme.

Ce plaisir a souvent été comparé à la nourriture. En effet, tout comme la nourriture, la cigarette se porte à la bouche ; tout comme la nourriture qui emplit les voies digestives, elle emplit les voies aériennes ; tout comme la nourriture la cigarette apporte des sensations de plénitude, de plaisir, et de réconfort.

Le fumeur ne pensait sûrement pas si bien dire, puisqu'en fumant, il met inconsciemment en marche un circuit neurobiologique particulier appelé le « circuit de la récompense » : c'est de ce circuit dont dépend l'état de satisfaction d'un individu à un instant *t*. Il est composé de l'aire tegmentale ventrale, du noyau accumbens, de l'hippocampe, du septum, de l'amygdale et du cortex préfrontal. (6) (cf. Figure 2)



*\* Figure 2 : Le système de récompense (32)*

Le rôle premier de ce circuit est d'intervenir dans la « récompense » des comportements impliqués dans la survie de l'espèce tels que l'alimentation ou les rapports sexuels : l'objectif étant la perpétuation de ces comportements au moyen de renforcements positifs. Ceci se traduisait biologiquement *in fine*, après une cascade de réactions, par l'augmentation de la dopamine extracellulaire dans le noyau accumbens, conférant du plaisir à l'individu.(6)

Par ailleurs, ce circuit est également impliqué dans les dépendances aux substances psychoactives dont fait partie la nicotine.(6,33). La consommation de cigarette mime l'action d'une récompense naturelle aboutissant également à l'augmentation de la concentration de dopamine extracellulaire dans le noyau accumbens.

Ainsi, conformément à nos données, et sans surprise, le plaisir de fumer était un motif de consommation fréquemment retrouvé dans la littérature (19).

Ce geste non anodin semble mimer une pulsion de vie chez le fumeur, non seulement de façon symbolique en passant par le plaisir oral mais également de façon biologique en empruntant les mêmes circuits neurobiologiques des récompenses naturelles, importants dans la survie de l'espèce.

En outre, nous avons conclu que ce plaisir s'était installé avec le temps et était le fruit d'un « apprentissage » marqué par la disparition des effets indésirables initialement expérimentés. La disparition de ces effets « indésirables et mal supportés » est liée au phénomène de tolérance chronique.(6)

Par ailleurs, nos résultats soulignent avec redondance l'association de ce plaisir à des situations précises (café, repas, milieu festif, association à l'alcool etc.). Les situations en question pouvaient être elles-mêmes considérées comme plaisantes : on pourrait donc interpréter cela comme un transfert de plaisir.

Cependant, au-delà d'un simple transfert, les participants décrivaient un état hédonique décuplé par cette association avec le tabac. Selon les auteurs, « fumer augmente les affects positifs et la valeur renforçante des situations agréables ».(34)

De plus, ces associations plaisantes étaient décrites comme quasi immuables voire obligatoires : dans de telles situations l'individu ressentait une envie de fumer et s'il ne la satisfaisait pas cela aboutissait à « un manque ». De manière plus anecdotique, nous notions parfois l'importance de sensations telles que la chaleur dans les voies aériennes, le toucher la cigarette, son odeur...

En réalité, les neurones dopaminergiques du système de récompense ne s'activent pas uniquement lors de la réalisation et l'aboutissement du comportement addictif (dans notre cas : fumer une cigarette). Chaque individu constitue un répertoire mnésique personnel englobant différents stimuli environnementaux et sensoriels associés à sa consommation de cigarettes. (6,33). Ainsi, les études confirment que des récepteurs nicotiques situés dans le système nerveux central (au niveau du cortex, de l'hippocampe, aire tegmentale ventrale et le striatum) sont directement impliqués dans ces phénomènes mnésiques et attentionnels.(33). Ainsi les stimuli environnementaux et sensoriels mémorisés (les fameuses situations diverses et variées (café, alcool...pêche...), mais également le toucher de la cigarette, l'odeur, le goût associées à la cigarette) induisent une activation de ces neurones dopaminergiques incitant l'individu à tout mettre en œuvre afin d'obtenir satisfaction (fumer). Dans le cas contraire, l'individu ressent une frustration.

Ces traces d'« apprentissage associatif » dans la mémoire sont à l'origine des phénomènes de maintien de la dépendance et de rechutes.(6)

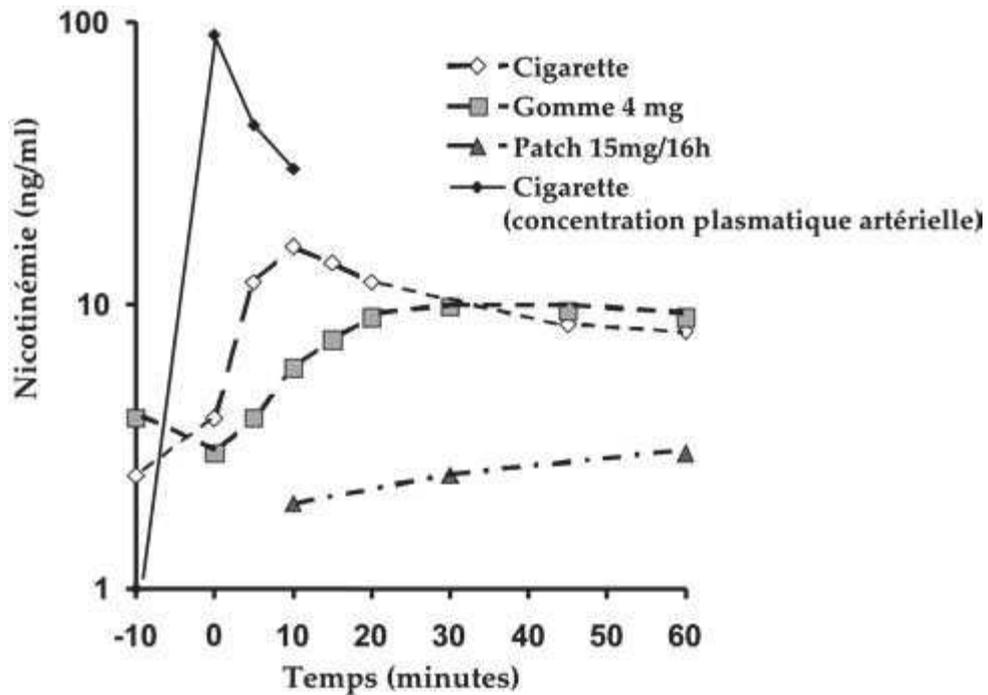
Ainsi, il paraît important de savoir gérer ces stimuli en aidant par exemple nos patients à les identifier, à les faire réfléchir sur les stratégies potentielles d'anticipation voire d'éviction afin de minimiser l'occurrence du craving et contribuer au succès d'une tentative de sevrage.

La puissance addictive de la cigarette ne s'arrête pas là. Un autre « bénéfique » perçu du tabagisme découle du sens (et de la symbolique) attribué à la consommation. Nous avons constaté que la cigarette non seulement était capable de donner un plaisir maximal dès les premières bouffées mais qu'elle rythmait également le quotidien par une consommation régulière. Elle donnait naissance à des habitudes voire à des rituels donnant une certaine structure à l'existence.

Bien que la science n'explique pas pourquoi un individu a besoin de donner un sens et une symbolique à ses comportements, elle peut en revanche expliquer pourquoi la cigarette d'un fumeur rythme son quotidien.

Ceci découle en réalité des propriétés pharmacocinétique et pharmacodynamique de la nicotine. C'est d'ailleurs à ce titre que la cigarette a été qualifiée de substance psychoactive « idéale ».(6)

En effet, l'absorption de la nicotine et des autres composants du tabac, profitant du volume des échanges alvéolo-capillaires, est très rapide, de l'ordre de quelques secondes (9 à 19s) : la nicotine atteint ainsi le cerveau plus rapidement qu'une injection intraveineuse ! La nicotémie s'élève très rapidement pour atteindre un pic plasmatique à la fin de la cigarette (cf. Figure 3). Les concentrations diminuent environ trente minutes plus tard. La cigarette est le mode de consommation du tabac qui crée la dépendance la plus forte. (6)



*\*FIGURE 3 : LOGARITHME DES CONCENTRATIONS PLASMATIQUES ARTÉRIELLE APRÈS CONSOMMATION D'UNE CIGARETTE ET VEINEUSE APRÈS CONSOMMATION D'UNE CIGARETTE, D'UNE GOMME DE NICOTINE À 4 MG OU D'UN PATCH DE NICOTINE À 15 MG/16 H (d'après Henningfield, 1995)(6)*

Il semblerait qu'une personne consommant un paquet de cigarette par jour inhalerait 200 bouffées et aurait donc 200 renforcements positifs dans la journée !(6) (Et nous pouvions également imaginer les multitudes de stimuli gravés dans la mémoire et associés à la consommation).

En dehors de cette rapidité d'action (et donc de la rapidité de la récompense associée au geste de prise de cigarette) liée en grande partie au mode de consommation, la demi vie plasmatique de la nicotine est d'environ deux heures (à noter une importante variabilité interindividuelle), incitant l'individu à renouveler sa consommation à une fréquence régulière tout au long de la journée.

Par ailleurs, les récepteurs nicotiniques partiellement désensibilisés au cours de la journée profitent du rythme nyctéméral pour retrouver tout leur potentiel d'action (phénomène de tolérance aiguë partielle) après le sommeil de l'individu. Tout était effectivement fait pour que le comportement se perpétue régulièrement.(6)

Pour résumer, certains bénéfices que l'individu perçoit découlent du sens qu'il a besoin d'accorder à un comportement qui envahit et imprègne sa vie.

## **2 LA CIGARETTE INDISPENSABLE POUR ASSURER UN FONCTIONNEMENT DE BASE DU CORPS ET DE L'ESPRIT DU FUMEUR, VOIRE UN PSYCHOSTIMULANT.**

« Les fumeurs fument parce qu'ils sont mal quand ils ne fument pas .»(19)

Un « bénéfice » perçu de la cigarette est de répondre à un besoin décrit comme vital puisque réclamé par le corps, nécessitant d'être assouvi pour assurer un fonctionnement normal et d'éviter les désagréments du manque. Ainsi libérés d'un poids (envie obsessionnelle, irritabilité etc...) les fumeurs peuvent se concentrer sur d'autres activités.

En effet, conformément à cela, en parallèle du renforcement positif mentionné ci-dessus, le renforcement négatif joue un rôle important dans le maintien du comportement d'auto-administration et de la dépendance tabagique. Ce dernier est défini comme l'éviction par le sujet des sensations désagréables créées par le manque (anhédonie, dysphorie etc.)(6,35). De plus, selon les données de la littérature, cette motivation dans la consommation tabagique se manifestait assez rapidement dans l'histoire du fumeur, n'épargnant pas les adolescents (35).

Au-delà de la recherche de cet effet, nous avons noté que certains patients utilisent la cigarette en tant que psychostimulant, pour lutter contre la fatigue, trouvant ainsi une aide pour effectuer un travail ou une tâche.

En accord avec ceci, de nombreuses études ont démontré l'impact négatif d'un sevrage temporaire sur les fonctions cognitives. En guise d'exemple, une étude publiée sur les performances des pilotes d'avions lors de simulations au vol après un sevrage forcé de douze heures mettait en évidence une tendance à la baisse des performances de ces derniers. En revanche, l'utilisation de gomme à la nicotine permettait de rétablir leurs performances. (36)

La baisse de performances et des difficultés de concentration font partie des symptômes désagréables induisant un renforcement négatif et sont impliquées dans la maintenance du tabagisme et des phénomènes de rechute (6,35).

Cependant, bien qu'il existe des données contradictoires et controversées sur l'effet de la nicotine sur les processus cognitifs, il est certain que son implication dans le domaine cognitif dépasse le simple fait d'antagoniser les symptômes liés au manque. Une récente méta-analyse ayant sélectionné des études incluant des non-fumeurs et des fumeurs non abstinents (ou abstinents depuis moins de deux heures) conclue que la nicotine améliore les performances humaines notamment la motricité fine, l'attention et la mémoire.(37)

Certains auteurs avaient constaté par ailleurs, qu'il existait une amélioration plus forte des performances attentionnelles notamment chez des fumeurs ayant un déficit attentionnel. Ceci amène à l'hypothèse qu'il existerait probablement des prédispositions génétiques qui font que certains patients ont plus de risque de dépendance à la nicotine, peut-être à cause des bénéfices qu'ils en retirent et une plus forte difficulté à arrêter. (37) Ceci renforce donc l'idée d'une automédication probable chez certains patients. C'est-à-dire l'idée que certains patients traiteraient certains symptômes de manière plus ou moins intentionnelle par la cigarette.

Bien que des recherches doivent encore préciser l'impact complexe de la nicotine au niveau cognitif, il est nécessaire d'adapter correctement le traitement substitutif nicotinique afin d'éviter les désagréments du sevrage dans le domaine cognitif

### 3 LE TABAC : UN OUTIL DE GESTION D'UN DÉSÉQUILIBRE ÉMOTIONNEL ET SON IMPLICATION DANS LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

« Sans la participation de l'émotion, le fait de fumer devrait normalement cesser... ».

(Tomkins, 1973)(6)

« Les fumeurs fument pour contrôler leur stress »(19)

Nos résultats indiquent qu'un autre bénéfice revendiqué de la consommation tabagique découle de son pouvoir régulateur sur les émotions. En effet, nous avons souligné la diversité des émotions impliquées dans la consommation de cigarette : émotions négatives (ennui, tension, stress, angoisse, humeur dépressive), ou positives (bien être, détente, plaisir sensoriel, récompense, réconfort...). Nous notons également que le fumeur, dans des périodes pénibles, augmentait sa consommation tabagique. Tout ceci reflète le lien fort de ce comportement avec le psychisme.

Conformément à nos constatations, il existe nombre de données dans la littérature, confirmant le rôle central des émotions dans le comportement tabagique. On y décrit d'une part un tabagisme hédonique, pouvant potentialiser un plaisir (on constatait que les fumeurs pouvaient fumer alors qu'ils étaient agréablement détendus) et d'autre part, un tabagisme réduisant les affects négatifs(6). Les fumeurs déclarent retirer de la cigarette des bénéfices dans le domaine de la santé mentale(38,39). Ainsi, ils rapportent une amélioration des états émotionnels après avoir fumé tant dans des moments d'anxiété, de tristesse, de colère de perte d'énergie que dans des états de bien-être(6) (aussi bien chez les personnes souffrant de pathologies psychiatriques ou non (39)).

Dans notre étude, certaines personnes ont spontanément exprimé le lien entre leur état de détresse psychologique (parfois sous tendue par des causes externes : violence physique,

divorce des parents etc..) et leur initiation ou leur comportement tabagique, considérant la cigarette comme un exutoire ou un appel à l'aide.

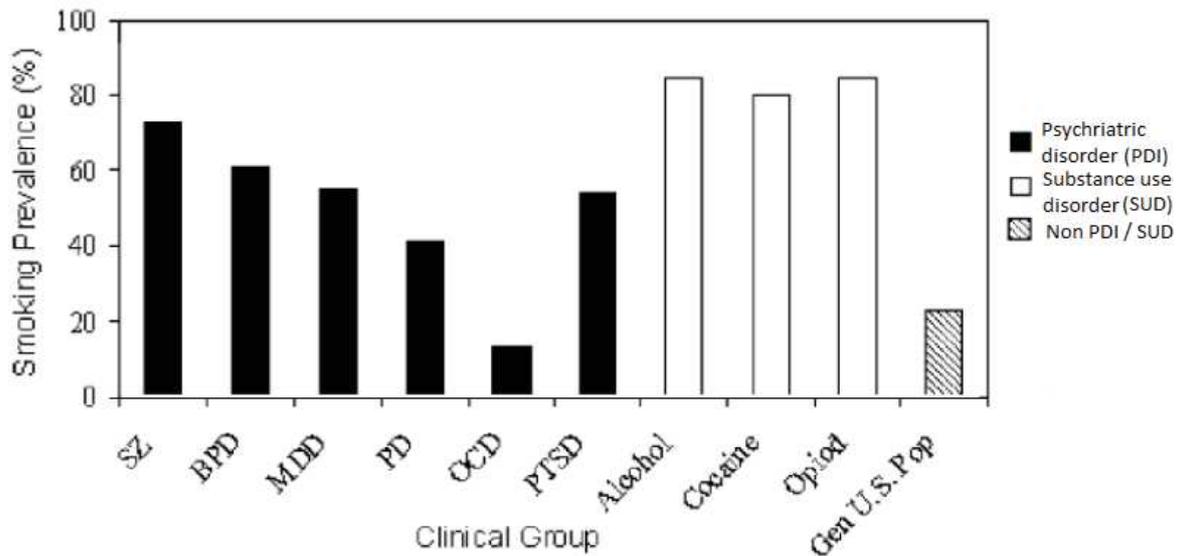
Cette contribution des affects dans l'initiation tabagique et l'installation de la dépendance trouve également écho dans la littérature. A titre d'exemple, une étude conclue que l'existence de faibles affects positifs et de forts affects négatifs augmenterait le risque de devenir fumeur dépendant chez l'adolescent(40). Plus important encore, confortant nos données, on trouve une corrélation entre les évènements indésirables ou traumatiques (violences verbales, physiques, abus sexuels, divorce des parents...) survenus dans l'enfance et le tabagisme (initiation précoce, proportion plus importante de gros fumeurs etc.).

Ces constatations nous invitent à nous interroger et à rechercher l'origine cachée potentielle de l'adoption de la cigarette notamment chez certains adolescents(6,41) afin d'adapter l'aide que nous pourrions leur apporter.

De plus, par son action sur les émotions, certains participants de notre étude considéraient la cigarette au même titre qu'une médication telle qu'un anxiolytique ou un antidépresseur. Ceci concorde avec le postulat actuel retrouvé dans la littérature qui conçoit la consommation tabagique chez certains fumeurs comme relevant d'un fonctionnement adaptatif permettant à ce dernier de réguler ses émotions et son humeur (6,21,42). Il existerait même selon certains auteurs un modèle complexe d'automédication variant selon l'affect considéré et le sexe.(42)

Malgré sa complexité, et découlant de ce concept, c'est notamment par le lien étroit entre émotion et tabagisme que l'on peut expliquer la relation entre affections psychopathologiques et cigarette. En effet, la prévalence du tabagisme chez les personnes ayant un trouble psychiatrique est estimée de 2 à 4 fois plus élevée par rapport à la population générale.(41,43). Les malades atteints d'affections psychiatriques sont des plus gros fumeurs

et ont une dépendance plus marquée à la nicotine. (39). Le lien entre tabagisme et troubles psychiatrique juvéniles ont été mis en évidence : troubles du comportement, trouble de déficit d'attention et hyperactivité, anxiété, humeur dépressive, abus et dépendance à l'alcool etc. Le tabagisme est également fortement lié aux pathologies psychiatriques de l'adulte (dépression, troubles anxieux, schizophrénie etc.) (cf. Figure 4)



*\*FIGURE 4 PRÉVALENCE DU TABAGISME DANS DES ÉCHANTILLONS CLINIQUES D'INDIVIDUS ATTEINTS DE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE OU DE TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE DROGUE.*

Abréviations : SZ schizophrénie ; BPD troubles bipolaires ; MDD état dépressif majeur ; PD trouble panique ; OCD trouble obsessionnel compulsif ; PTSD état de stress post-traumatique.

Bien évidemment notre étude est composée d'un échantillon beaucoup trop faible pour donner un aperçu de l'ensemble de ces pathologies. Cependant, nous avons dans notre échantillon des personnes traitées et souffrant de dépression, utilisant la cigarette pour gérer leurs émotions. La cigarette faisait par conséquent partie de leur stratégie de gestion de leur pathologie.

Conformément à cela, une des hypothèses dans la littérature est que les patients souffrant de pathologies psychiatriques puissent tirer davantage de bénéfices dans le comportement tabagique(43).

Le lien plus particulier entre tabagisme et dépression a fait notamment couler beaucoup d'encre, sans qu'on ne puisse pour autant conclure formellement à un lien de cause à effet (des données discordantes existent sur la nature de ce lien). Certains défendent la notion selon laquelle l'humeur dépressive serait une cause d'initiation (automédication par la cigarette) et d'autres dénoncent le tabagisme comme étant à l'origine de l'anxiété et la dépression(6). En revanche ce qui est certain, c'est que la présence de symptômes dépressifs peut constituer un frein au sevrage tant du côté du professionnel que du côté du fumeur (plus d'échecs au sevrage).(39,44)

Par ailleurs, il est intéressant de constater que la fumée du tabac recèle des substances inhibitrices de la monoamine oxydase (45)(p ex : harmane, norharmane...), une des principales classes médicamenteuses utilisées dans le traitement de la dépression. Selon les données de la littérature, il existe une diminution de l'activité de la monoamine oxydase A et B respectivement de 30 et 40 % au niveau cérébral chez les fumeurs (bien que ces taux soient considérés trop faibles pour avoir une efficacité).(45) Par ailleurs, la nicotine aurait elle-même des effets antidépresseurs. La cotinine, présente en faible quantité dans la fumée de tabac mais également produit de l'oxydation de la nicotine dans notre organisme, était quant à elle anciennement commercialisée sous le nom de Scotine® aux Etats-Unis dans le traitement de la dépression. Elle serait notamment impliquée dans la réduction du turn over de la sérotonine.(6)

Malgré cela, les données récentes de la littérature nous confortent sur le fait que les personnes s'arrêtant de fumer ont des bénéfices mentaux à long terme du sevrage : amélioration des symptômes dépressifs, anxieux, du stress...(39,44). Par ailleurs, certains bénéfices ressentis par les patients en termes de santé mentale doivent être parfois interprétés comme étant plutôt dus à l'amélioration des symptômes de sevrage plutôt qu'à des bénéfices directs.(39).

Au total, l'implication du tabagisme dans les émotions nous invite donc à délivrer un soutien psychologique adapté aux besoins du patient. Bien que le tabac puisse effectivement agir au niveau des émotions, il faut essayer de dépasser les freins au sevrage tabagique, et comprendre parfois que l'individu peut confondre amélioration des symptômes de sevrage et action bénéfique directe sur l'état mental. Quoi qu'il en soit, il faut rester convaincu des bénéfices que la personne va retirer du sevrage à long terme (même au niveau des symptômes dépressifs et de l'anxiété). Le sevrage reste important notamment dans la population souffrant d'affections psychiatriques. Une évaluation et une prise en charge, un traitement médicamenteux des troubles psychiatriques, sont évidemment nécessaires dans ce cas. Selon les études, pour les personnes souffrantes de pathologies psychiatriques le tabac serait responsable (39) d'une grande partie de la morbi-mortalité ainsi que de l'espérance de vie plus faible dans cette population. (Il était également intéressant de noter que ceux qui étaient traités pour leur pathologie psychiatrique avaient plus de chance d'arrêter le tabac que ceux qui n'étaient pas traités.) (43)

#### **4 TABAC ET CO-ADDICTION**

Nous avons constaté dans notre étude, l'existence d'un lien entre la consommation d'alcool, de cannabis et de tabac. En effet, selon les données de la littérature à ce sujet, 50% des usagers du tabac aurait recours à l'usage d'une autre substance. A titre d'exemple, les dépendants aux opiacés substitués par chlorhydrate de méthadone auraient une prévalence de 80-95% de tabagisme. 80-95 % des alcooliques seraient fumeurs(33).

De plus, nous avons noté que les participants décrivaient un plaisir potentialisé par l'association tabac/alcool. Autrement dit, le patient retirait plus de bénéfices subjectifs en associant les deux substances. Conformément à cela, selon certaines études, les consommations d'alcool et tabac se renforceraient mutuellement (la notion de renforcement

croisé étant le potentiel d'une substance à augmenter la motivation à consommer l'autre substance, conséquence de la mise en jeu des mécanismes neurobiologiques et notamment de la voie commune de la récompense). Par ailleurs, il existerait également une tolérance croisée ( par exemple la nicotine diminuerait les effets sédatifs de l'alcool)(46). Malgré le peu d'études existant sur le sujet, il existerait de nombreuses interactions entre tabac, cannabis, opiacé, cocaïne, et notamment en terme de renforcements croisés .(47) Le tabagisme pouvait ainsi moduler l'activité et la valeur renforçante des autres drogues.

De nos résultats émergeait également une envie irrésistible de fumer déclenchée par l'alcool. En effet, les études prouvent que le fait de fumer ou de boire augmenterait le craving (c'est-à-dire la pulsion irrésistible de consommation d'une substance) pour les deux. (47)

Or, le tabagisme serait non pris en charge dans les contextes de polyaddition(33), ce qui peut être notamment expliqué par la difficulté de la prise en charge dans ces contextes. Les personnes alcoolo-tabagiques, par exemple, auraient plus de difficultés à arrêter la consommation de chaque substance. Cela reste dommageable puisque, dans les faits une proportion non négligeable de patients dépendants à de multiples substances meurt de maladies liées au tabagisme.

Tout ceci nous invite donc à faire le point sur les consommations de substances de nos patients pour mieux adapter l'aide que nous pouvons apporter. En effet, ignorer une addiction (ou simplement l'usage d'une autre substance) risque d'entraver la prise en charge initiale (implication des stimuli croisés, du craving etc.).

## **5 LE TABAC ET LE CONTRÔLE DU POIDS :**

« Les fumeurs fument pour éviter de prendre du poids. »(19)

Nos résultats évoquent inévitablement l'usage de la cigarette dans le contrôle du poids et de la prise alimentaire (effet « coupe faim »).

En accord avec cela, les données de la littérature sont formelles : pour des caractéristiques sociodémographiques similaires, les fumeurs pèsent 4 à 5 kg moins lourds que les non-fumeurs (48). Quant à l'arrêt du tabac, il est malheureusement accompagné en moyenne d'une prise de poids de 4 à 5 kg survenant dans les 6 premiers mois d'abstinence (48,49). Ces derniers résultats sont à prendre avec précaution puisqu'il existe une variabilité interindividuelle très importante à ce sujet (divers facteurs comme l'âge, le sexe, le niveau de dépendance, l'IMC, le niveau socioéconomique entrent en ligne de compte).

Sans surprise, l'usage du tabac dans le contrôle du poids est chose courante et cela même dès l'adolescence(48,50). À titre d'exemple, une étude récente soulignait l'implication de la perception du poids et les stratégies de contrôle du poids dans le tabagisme des adolescents, en particulier chez les filles.(50)

Ceci nous fait prendre conscience que la prise en charge de la perception du poids, de la surcharge et de l'obésité et la prévention du tabagisme peuvent ne constituer qu'un seul et même combat.

En accord avec les études, nous avons relevé que la peur de la prise de poids est désignée comme un frein aux tentatives d'arrêt(48).

Tout cela a évidemment des fondements biologiques. Divers composants de la fumée de tabac peuvent être responsables de cet effet sur le poids. L'implication de la nicotine a été largement soulignée par différentes études. En effet, cette dernière a une action sympathicomimétique et favorise la libération de catécholamine. Ainsi, par son action sur le système nerveux autonome, il augmente la dépense énergétique nécessaire au métabolisme de repos. Son action sur les tissus adipeux, quant à elle, favorise la lipolyse. On a estimé que

l'augmentation de cette dépense énergétique chez les fumeurs était de l'ordre de 10 % par rapport à une personne non fumeuse(48).

La nicotine a également une action au niveau du système nerveux central et agit dans la régulation du comportement alimentaire dont le contrôle se passe au niveau de l'hypothalamus. Ce dernier a pour rôle, entre autres, d'intégrer les signaux périphériques de satiété ainsi que les influences émotionnelles et motivationnelles. L'action complexe de la nicotine aboutit à la production d'hormones impliquées dans la satiété (par exemple POMC : pro-opiomelanocortine...), et à la diminution d'hormones orexigènes (orexine, neuropeptide Y...).(48)

Au-delà de l'effet biologique, c'est le comportement tabagique lui-même qui se substituerait aux comportements compulsifs de prises alimentaires, permettant ainsi une meilleure stabilité du poids(48).

Par ailleurs, les patients nous avaient signalé un regain d'intérêt pour certains aliments, notamment les plus sucrés, lors des tentatives de sevrage. En effet, il existe une augmentation du seuil de la récompense liée à la nourriture durant un sevrage tabagique : de là découle la nécessité de recourir à des aliments à haut pouvoir récompensant afin de ressentir un état de satisfaction(48).

Il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement contrant la prise de poids à l'arrêt. Certains traitements pharmacologiques avaient au mieux un effet retardateur sur cette prise de poids (TNS, bupropion, ..) (48).

Cependant, utiliser ce type de traitement, par exemple le traitement nicotinique de substitution, nous permet de prendre le temps de se concentrer davantage sur le sevrage tabagique en lui-même. Ceci a l'avantage de nous laisser le temps de mettre en place de manière concomitante une stratégie de contrôle du poids afin d'éviter les erreurs diététiques,

les prises compulsives et d'augmenter l'activité physique. Une autre possibilité en médecine générale, c'est de corriger les erreurs diététiques et d'instaurer une bonne hygiène de vie avant de débiter le sevrage, notamment pour les personnes pour lesquelles la peur de la prise de poids est un obstacle majeur.

Cela soulève également les questions relatives à l'usage de la nicotine à long terme et de sa toxicité cardiovasculaire dans les stratégies de contrôle du poids à long terme...À ce sujet, les études sur le snus (poudre de tabac humide consommée en la plaçant entre la gencive et la lèvre supérieure dans les pays nordiques), ont montré que ce risque était faible voire inexistant. Des études doivent cependant être menées dans le domaine.

Le développement d'un éventuel traitement contrant cette prise de poids et sans effets secondaires graves se révélera être une avancée importante dans la prise en charge des patients tabaco-dépendants. En attendant, les études ont montré que la prise de poids consécutive à l'arrêt n'altère en rien les bénéfices cardiovasculaires liés à l'arrêt(11,51) .

Notre objectif en tant que médecin est de prêter une écoute attentive sur les inquiétudes des patients dans la prise de poids (qui sont effectivement fondées) tout en restant convaincus des bénéfices du sevrage sur la santé. Il faut adapter notre aide (mesures diététiques, traitement nicotinique de substitution, activité physique) et accompagner le patient vers une prise de conscience des réels enjeux sanitaires et vers le sevrage, si c'est ce qu'il souhaite, avec empathie et bienveillance en évitant tout jugement.

## **6 PRISE DE CONSCIENCE DES RISQUES DE LA CIGARETTE ET ATTITUDE DU FUMEUR ENTRE DÉNI ET DÉFI.**

Les résultats de notre étude montraient que les entretiens avec les fumeurs semblaient jonchés de pensées contradictoires. Les fumeurs avaient une connaissance certaine des

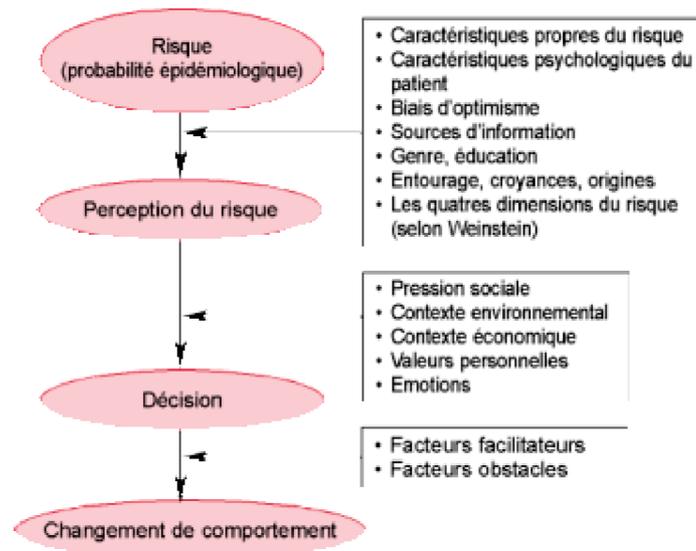
dangers imputables au tabac mais ils montraient une tendance à ne pas se sentir concernés à titre personnel.

Ceci concorde avec les enquêtes qui établissent une sous-estimation des risques du tabagisme par l'individu, principalement mis en exergue chez les adolescents. (6) Ces derniers comme la plupart des fumeurs d'ailleurs, bien qu'admettant la dangerosité de la cigarette, ne sont que rarement disposés à s'arrêter sur le champ. (7)

La perception d'un risque par un individu dépendrait de plusieurs facteurs : la nature du risque, l'illusion de contrôle de ce risque (estimation de nos capacités à faire face au risque ou à l'éviter) et de la peur qu'elle engendre. (23).

Par ailleurs et de manière générale, nous serions tous victimes d'un biais d'optimisme (52): nous aurions tous tendance à croire que nous courons un risque personnel plus faible qu'une autre personne dans la même situation(2). En guise d'illustration, les fumeurs jugeraient leur propre risque de développer un cancer du poumon supérieur à un non-fumeur mais inférieur au risque d'un fumeur moyen (53).Ceci permettrait de diminuer l'anxiété engendrée face au danger et ainsi de gérer l'état de dissonance cognitive que nous avons évoqué plus haut.(14)

Cela concorde avec les nombreux mythes prônant le contrôle qui existent autour du tabac : comme le fait de croire que l'exercice peut réverser la plupart des effets du tabac(53).



*\*FIGURE 5 : DU RISQUE AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (23)*

Il existerait d'autres déterminants de la perception d'un risque liés à l'histoire du patient (genre, niveau d'éducation, entourage, religion, pays d'origine) et à ses caractéristiques psychologiques (aimant prendre des risques ou refusant de prendre des risques, ou entre les deux) (cf. figure 5). Il existerait ainsi différentes façons de réagir face à un même risque allant du déni jusqu'au défi. De la perception du risque découle un changement de comportement mais cela est loin d'être suffisant. Le changement de comportement dépend également des bénéfices alloués à ce comportement (plaisir, détente, poids, concentration), de la pression sociale, du contexte environnemental (facilité d'accès) et économique, des émotions et des valeurs personnelles (préférence pour le présent).

Notre objectif en tant que médecin est de déterminer quelle est la perception du risque par l'individu (connaissance, compréhension, probabilité, représentation du risque personnel, conscience des difficultés à surmonter la dépendance) puis de divulguer une information personnalisée, compréhensible et individualisée afin de rétablir une perception du risque plus juste afin d'obtenir une vision plus libre et pourquoi pas un changement de comportement.

## 7 L'AUTODESTRUCTION

Un dernier « bénéfice », si l'on ose le nommer ainsi, c'est l'utilisation consciente de la cigarette dans un but d'autodestruction. En effet, pour certains en proie à la souffrance, la cigarette est un moyen de se faire du mal, de s'infliger un produit pouvant mener à la mort.

Selon Odile Lesourne, psychanalyste qui s'est intéressée de près au tabagisme, « la cigarette est une manière de jouer avec la mort et de se jouer d'elle. En allumant une cigarette, on lui donne vie mais en la fumant et l'écrasant on la tue. Le jeu de vie et de mort, qui n'est que symbolique au début, devient une réalité pour le grand fumeur qui risque la mort en voulant la défier. La mort, ce destin devant lequel chacun de nous est totalement impuissant. »(1)

En tant que soignant, il est de notre devoir de repérer s'il existe un esprit d'autodestruction et de soigner la souffrance sous-jacente au tabagisme.

## CONCLUSION

En France, chaque année, 73 000 personnes meurent prématurément d'une pathologie liée au tabac. Il s'agit de la première cause de mortalité évitable.(54).

L'impact sanitaire négatif de la cigarette est connu de tous. En dépit de cela, en France, en 2016 34% des 15-75 ans se déclaraient fumeurs.(55)

Par notre étude, nous avons souhaité mieux comprendre nos patients fumeurs, en leur donnant la parole, à travers l'étude des bénéfices alloués à ce comportement.

L'objectif de notre démarche était d'améliorer la prise en charge de ces patients qui semblaient adopter une attitude plutôt paradoxale.

Nous avons donc réalisé une enquête qualitative auprès de 18 fumeurs adultes volontaires, rencontrés en consultation de médecine générale, à l'aide d'entretiens semi dirigés, en essayant de faire preuve d'ouverture d'esprit. Puis, nous avons procédé à l'analyse des données grâce au logiciel RQDA tout en appliquant la méthodologie de la théorisation ancrée. Les entretiens ont été stoppés après obtention d'une saturation de données.

Les bénéfices rapportés du tabac sont nombreux mêlant un aspect à la fois rationnel et symbolique; notre étude nous aide à les comprendre.

Ainsi ces bénéfices sont importants à l'adolescence, période où l'addiction physique et psychique se construit. La cigarette à ce moment, permet non seulement d'assouvir une curiosité et un besoin d'expérimentation mais elle est impliquée dans un processus identitaire. En effet, elle intervient dans la construction d'une identité sociale (représentation de la norme, outil d'intégration à un groupe de pairs, construction d'une image renvoyée à ses pairs) et

dans la représentation d'une identité personnelle (autonomisation et rupture symbolique avec l'enfance, recherche d'un soi « idéal »).

Les bénéfices sociaux, bien qu'ayant subi de nombreuses attaques ces dernières années, demeurent réels et solides : la cigarette influence les interactions sociales du fumeur et est encore considérée comme un facilitateur des échanges sociaux (naissance d'une complicité et d'un support social, de prétextes de rencontres, d'ambiances plus intimes).

La cigarette a l'art de véhiculer certaines représentations et valeurs aussi bien chez les fumeurs aguerris que les fumeurs débutants. En effet, elle illustre par exemple une volonté de s'amuser, une rébellion, la capacité de vivre pleinement le présent sans penser aux conséquences futures.

Puis, au fur à mesure elle devient une structure porteuse d'un quotidien, l'organisant, l'imprégnant d'habitudes, de rituels ayant une importance symbolique pour l'homme. Elle se fait sentir, via le besoin nicotinique et l'addiction qui s'installent, comme indispensable pour assurer un fonctionnement de base du corps et de l'esprit, voire prend l'allure d'un stimulant.

Elle est considérée comme un atout dans le contrôle du poids.

Elle permet une régulation émotionnelle (par exemple dans les moments de colère, stress, ennui...) allant jusqu'à être considérée comme une automédication. Elle représente un plaisir, et devient une récompense pour gratifier les efforts.

Elle a également un versant plus noir. Elle peut constituer le moyen trouvé de communiquer une souffrance et d'appeler à l'aide. Elle est considérée comme un soutien pour affronter un état de détresse psychologique.

Enfin, elle est un moyen pour l'homme de jouer avec son destin de mortel. En effet, d'un côté l'homme s'octroie une certaine immunité et un certain optimisme face aux

conséquences néfastes de la cigarette et d'un autre côté il utilise parfois la cigarette comme un moyen de s'infliger la mort, reflétant par là une volonté d'autodestruction.

Néanmoins, l'ensemble de ces bénéfices sont jugés insuffisants par rapport aux méfaits du tabac par nos patients fumeurs : cela donne place à des sentiments négatifs comme l'impuissance et la culpabilité chez tous nos interviewés, constituant une brèche nous donnant une possibilité d'agir quels que soient les bénéfices retirés, voire défendus. À nous d'adapter notre prise en charge en faisant preuve de bienveillance, en écartant tout jugement dans notre éthique déontologique, tout en gardant à l'esprit que le sevrage est important.

Notre étude illustre toute la complexité de l'addiction au tabac. Il souligne que l'homme, en général, ne se résume pas seulement à un corps. Par conséquent, nous ne pouvons pas imposer notre vision et nous poser en tant que « guérisseur ». Mais nous devons intégrer humblement cette complexité dans notre prise en charge en respectant les patients et en les aidant à prendre conscience des tenants et aboutissants. Il s'agit de leur donner tous les outils pour qu'ils puissent décider, en toute autonomie, et de les responsabiliser tout en leur proposant notre appui.

En effet, comme nous l'avons vu, le comportement tabagique s'immisce dans tous les pans de la vie de l'individu, et est rattaché à ses yeux à une pulsion de vie. Notre étude nous fait comprendre que s'en défaire revient à changer toute une organisation, voire même la conception de soi. En somme, c'est faire le deuil d'une relation très forte, voire d'une identité de fumeur afin adopter une nouvelle manière de vivre ainsi qu'une nouvelle identité de non-fumeur. Avoir conscience de tout cela est une grande valorisation pour le patient quand il arrive à se lancer dans le sevrage.

En étant ainsi à l'écoute et en démontrant aux patients qu'ils peuvent s'exprimer librement, nous pourrions créer une ouverture dans la prise en charge de nos patients fumeurs

et favoriser la naissance d'une alliance thérapeutique. Nous pourrions ainsi les soutenir, en faisant appel si nécessaire aux différentes aides et structures mises à notre disposition, dans la direction qui est choisie par eux-mêmes puisqu'ils admettent tous avec honnêteté dans notre étude la prédominance des méfaits du tabagisme sur les bénéfices retirés. C'est dans cette relation bienveillante, patiente et sincère que l'on peut avancer au rythme du patient dans un accompagnement vers le sevrage.

Vu

Strasbourg le *10 juillet 2018*

La Présidente du Jury

Madame le Professeur Anne DANION-GRILLIAT



Vu et approuvé

Strasbourg, le **13 AOUT 2018**

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



Pour le Doyen,  
L'Assesseur  
Pr Bernard GOICHOT



## Annexe : Guide d'Entretien

Bonjour,

Je vous remercie de participer à cet entretien dans le cadre de ma thèse en médecine.

J'avais envie de mieux comprendre le lien qui unit le fumeur à sa cigarette et les bienfaits que ça lui procure, pourquoi les gens s'y accrochent.

L'entretien est parfaitement anonyme, mais pour des besoins pratiques il sera enregistré avec votre accord.

### **1 Les débuts en tant que fumeurs :**

**Commençons par vos débuts en tant que fumeurs : racontez-moi comment vous avez débuté à fumer.** (*Encouragement à avancer* « oui je vois », *répétition en écho* : reprendre le dernier mot de l'interviewé sur le mode interrogatif)

**Est-ce que ça fumait chez vous dans votre enfance ? Qui fumait dans votre entourage ?**

**Etant petit que pensiez-vous de la cigarette et des gens qui fument ? Quelle image en aviez-vous ?** (« *reformulation résumée* : « si je vous ai bien compris », *répétition en écho* : reprendre le dernier mot de l'interviewé sur un mode interrogatif, *la contradiction* : mise en évidence d'une contradiction : à n'utiliser que si c'est intéressant dans le cadre de la question de recherche)

### **2 Le tabac au quotidien**

**Racontez-moi votre quotidien avec la cigarette.** (*Laisser des blancs*, *Encourager à avancer* : « oui je vois », *répétition en écho* : reprendre le dernier mot de l'interviewé sur un mode interrogatif, *intervention en miroir* : constater un état une émotion de l'interlocuteur « vous semblez ... »)

**Quand vous fumez, ça vous fait quoi ?** (*Laisser un blanc*, *Relancer* : Si vous deviez expliquer à un non-fumeur, les sensations ou les effets de la cigarette vous lui diriez quoi ? qu'est-ce que ça vous apporte ? (*Relancer* : et *physiquement* quelles sensations vous procurent le fait de fumer : sur votre respiration, sur votre rythme cardiaque... et *mentalement* qu'est-ce que ça vous fait ? et au niveau de votre humeur ?) **En quoi diriez-vous que la cigarette vous fait du bien ?** (*Laisser un blanc*, *Relancer*, *répétition en écho* : reprendre le dernier mot sur le mode interrogatif..). **Qu'est-ce qui vous pousse à continuer de fumer ?** (*Laisser un blanc*)

**C'est laquelle votre préférée ? Et pourquoi ? Pouvez-vous me parler des moments clefs où vous allumer une cigarette, de vos habitudes ?**

**Si vous n'avez plus de cigarettes et que les bureaux de tabac ferment comment vous réagissez ?**

**Et comment ça se passe au travail pour fumer ? Et en vacances ?**

**Qu'est-ce que la cigarette vous permet de faire que vous ne pourriez pas faire si vous ne fumiez pas? Qu'est-ce que ça vous apporte en plus ? Qu'est-ce que les fumeurs ont de plus que les non-fumeurs ? Relancer : *Et la pause clope alors ? Et les non-fumeurs ?***

### **3 Tabac et société :**

**Est-ce que c'est quelque chose que vous partagez ? Pourquoi ? Que pensez-vous du tabac en société ?**

**Que pensez-vous donner comme image aux autres quand vous fumez (relancer : quelle image donnez-vous à vos parents, enfants, proches, collègues, amis)? Quelle image vous dégagez à une personne extérieure qui vous observe fumer ? (*personnalisé : si tendance à exprimer des propos impersonnel, recadrer et reformuler par « vous pensez que »*)**

**Que pense votre entourage du fait que vous fumiez ?**

**Que pensez-vous de la cigarette dans les films ?**

**Que pensez-vous de l'interdiction de fumer dans les lieux publics ?**

### **4 Tabac et santé**

**Que pensez-vous des cigarettes light ? Et des cigarettes roulées ? Utilisez-vous des filtres ?**

**Que pensez-vous de ce qu'on trouve sur les paquets de cigarettes ? Relancer (si idées imprécises : c'est-à-dire ?, si propos impersonnels « vous pensez que », si émotion : le souligner « vous semblez être .... »)**

**Quelle est l'attitude de votre médecin par rapport au tabac ? Est ce qu'il vous en parle des fois ?**

### **5 Arrêt du tabac**

**Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?**

**Si Oui : Racontez-moi comment ça s'est passé ? Comment vous l'avez vécu ? Qu'est-ce qui vous a manqué durant votre arrêt? Racontez-moi votre rechute.**

**Si Non : envisagez-vous d'arrêter de fumer ? Qu'est-ce qui vous manquerait si vous arrêtiez ?**

**Si vous avez arrêté de fumer : qu'est-ce qui vous ferait de recommencer ?**

**Voyez-vous quelque chose à dire ou avez-vous quelque chose à ajouter ?**

Je vous remercie pour votre participation.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Lesourne O, Laplanche J. Le grand fumeur et sa passion. Paris (6, avenue Reille 75685): Presses Universitaires de France - PUF; 2008. 231 p.
2. Falomir Pichastor J-M, Mugny G. Société contre fumeur : une analyse psychosociale de l'influence des experts. Presses Universitaires de Grenoble. 2004. (Vies Sociales).
3. Tovar M-L, Le Nézet, Tanja B. Perceptions et opinions des Français sur les drogues [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/perceptions-opinions-francais-sur-drogues-tendances-88-octobre-2013/>
4. Brownson RC, Jackson-Thompson J, Wilkerson JC, Davis JR, Owens NW, Fisher EB. Demographic and socioeconomic differences in beliefs about the health effects of smoking. *Am J Public Health*. 1 janv 1992;82(1):99- 103.
5. Bourdillon F. 2016 : une année cruciale dans la lutte contre le tabagisme. *Bull Epidémiol Hebd* [Internet]. 6 oct 2016; Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016\\_30-31\\_0.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_0.html)
6. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. Tabac : comprendre la dépendance pour agir [Internet]. INSERM; 2004 janv. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000680/>
7. Peretti-Wattel P, Beck F, Legleye S. Comment les fumeurs justifient-ils leur tabagisme? In: *Les usages sociaux des drogues*. puf. 2007. p. 167 - 200. (Le lien social).
8. Bartlett Y, Gartland N, Wearden A, Armitage C, Borrelli B. "It's my business, it's my body, it's my money": experiences of smokers who are not planning to quit in the next 30 days and their views about treatment options. *BMC Public Health* [Internet]. 4 août 2016 [cité 27 mars 2018];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4972968/>
9. Uppal N, Shahab L, Britton J, Ratschen E. The forgotten smoker: a qualitative study of attitudes towards smoking, quitting, and tobacco control policies among continuing smokers. *BMC Public Health*. 3 mai 2013;13:432.
10. Molimard R. Bienfaits du tabac [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.tabac-humain.com/enseignement-daltertabacologie-2/le-tabac/bienfaits-du-tabac/>
11. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. 2013. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours)

12. INPES. Les profils des fumeurs en France [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>
13. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ*. 5 févr 2004;328(7435):338- 9.
14. McMaster C, Lee C. Cognitive dissonance in tobacco smokers. *Addict Behav*. 1 janv 1991;16(5):349- 53.
15. Molimard R. La fume : Smoking. *SIDES*. 2003. 262 p.
16. Gwaltney CJ, Metrik J, Kahler CW, Shiffman S. Self-Efficacy and Smoking Cessation: A Meta-Analysis. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav* [Internet]. mars 2009 [cité 13 févr 2018];23(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3829471/>
17. Eiser JR, Pligt J van der, Raw M, Sutton SR. Trying to stop smoking: Effects of perceived addiction, attributions for failure, and expectancy of success. *J Behav Med*. 1 déc 1985;8(4):321- 41.
18. Shiyko MP, Lanza ST, Tan X, Li R, Shiffman S. Using the time-varying effect model (TVEM) to examine dynamic associations between negative affect and self confidence on smoking urges: differences between successful quitters and relapsers. *Prev Sci Off J Soc Prev Res*. juin 2012;13(3):288- 99.
19. Fidler JA, West R. Self-perceived smoking motives and their correlates in a general population sample. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. oct 2009;11(10):1182- 8.
20. Tombor I, Shahab L, Herbec A, Neale J, Michie S, West R. Smoker Identity and Its Potential Role in Young Adults' Smoking Behavior: A Meta-Ethnography. *Health Psychol*. oct 2015;34(10):992- 1003.
21. Michel G, Purper-Ouakil D, Mouren-Siméoni MC. Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psycho-actives à l'adolescence. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 nov 2001;159(9):622- 31.
22. Niaura R, Shadel WG, Britt DM, Abrams DB. Response to social stress, urge to smoke, and smoking cessation. *Addict Behav*. avr 2002;27(2):241- 50.
23. Bodenmann P, Rossi I, Cornuz J. [Smoking risk perception: facts and questions]. *Rev Med Suisse*. 28 juin 2006;2(72):1704- 9.
24. Shadel WG, Mermelstein R, Borrelli B. Self-concept changes over time in cognitive-behavioral treatment for smoking cessation. *Addict Behav*. 1 sept 1996;21(5):659- 63.
25. Tombor I, Shahab L, Brown J, West R. Positive smoker identity as a barrier to quitting smoking: Findings from a national survey of smokers in England. *Drug Alcohol Depend*. 1 déc 2013;133(2):740- 5.

26. Wellman RJ, Dugas EN, Dutczak H, O'Loughlin EK, Datta GD, Lauzon B, et al. Predictors of the Onset of Cigarette Smoking: A Systematic Review of Longitudinal Population-Based Studies in Youth. *Am J Prev Med.* 1 nov 2016;51(5):767-78.
27. Sherman SJ, Presson CC, Chassin L, Corty E, Olshavsky R. The False Consensus Effect in Estimates of Smoking Prevalence: Underlying Mechanisms. *Pers Soc Psychol Bull.* 1 juin 1983;9(2):197-207.
28. Ford A, MacKintosh AM, Moodie C, Richardson S, Hastings G. Cigarette pack design and adolescent smoking susceptibility: a cross-sectional survey. *BMJ Open* [Internet]. 2013; Disponible sur: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/9/e003282>
29. Thomas RE, McLellan J, Perera R. Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 1 mars 2015;5(3):e006976.
30. Carton S. La recherche de sensations : quel traitement de l'émotion ?, Abstract. *Psychotropes.* 2005;11(3):121-44.
31. Hansenne M. Le modèle biosocial de la personnalité de Cloninger. *Année Psychol.* 2001;101(1):155-81.
32. Addictions et santé. Disponible sur: <http://addictions.eklablog.fr/le-circuit-de-la-recompense-a106336908>
33. Karila L, Petit A, Zarmidini R, Coscas S, Lowenstein W, Reynaud M. Consommation de tabac et trouble lié à l'usage de substances illicites : que devrions-nous faire ? [Httpwwwem-Premiumcomscd-Rproxy-Strasbgfrdatarevues07554982v42i5S0755498213004119](http://www.em-premium.com/scd-Rproxy-Strasbgfrdatarevues07554982v42i5S0755498213004119) [Internet]. 6 juin 2013 [cité 14 nov 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/article/814252>
34. Société française de tabacologie. La lettre de la SFT n°76 [Internet]. 2016. Disponible sur: [http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/Lettre76\\_SFT-2016\\_12.pdf](http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/Lettre76_SFT-2016_12.pdf)
35. Mathew AR, Wahlquist AE, Garrett-Mayer E, Gray KM, Saladin ME, Carpenter MJ. Affective Motives for Smoking Among Early Stage Smokers. *Nicotine Tob Res.* oct 2014;16(10):1387.
36. Mumenthaler MS, Benowitz NL, Taylor JL, Friedman L, Noda A, Yesavage JA. Nicotine deprivation and pilot performance during simulated flight. *Aviat Space Environ Med.* juill 2010;81(7):660-4.
37. Heishman SJ, Kleykamp BA, Singleton EG. Meta-analysis of the acute effects of nicotine and smoking on human performance. *Psychopharmacology (Berl).* juill 2010;210(4):453-69.
38. Société française de tabacologie. La lettre de la SFT n°65 [Internet]. 2015. Disponible sur: [http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/Lettre65\\_SFT\\_novembre15.pdf](http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/Lettre65_SFT_novembre15.pdf)

39. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 13 févr 2014;348:g1151.
40. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Leventhal AM. Gender differences in the relationship between affect and adolescent smoking uptake. *Addict Abingdon Engl*. mars 2015;110(3):519- 29.
41. Kalman D, Morissette SB, George TP. Co-Morbidity of Smoking in Patients with Psychiatric and Substance Use Disorders. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict*. 2005;14(2):106- 23.
42. Weinstein SM, Mermelstein RJ. Influences of mood variability, negative moods, and depression on adolescent cigarette smoking. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. déc 2013;27(4):1068- 78.
43. Cook BL, Wayne GF, Kafali EN, Liu Z, Shu C, Flores M. Trends in Smoking Among Adults With Mental Illness and Association Between Mental Health Treatment and Smoking Cessation. *JAMA*. 8 janv 2014;311(2):172.
44. Stepankova L, Kralikova E, Zvolska K, Pankova A, Ovesna P, Blaha M, et al. Depression and Smoking Cessation: Evidence from a Smoking Cessation Clinic with 1-Year Follow-Up. *Ann Behav Med*. 2017;51(3):454.
45. Fowler JS, Logan J, Wang G-J, Volkow ND. Monoamine Oxidase and Cigarette Smoking. *NeuroToxicology*. 1 janv 2003;24(1):75- 82.
46. Adams S. Psychopharmacology of Tobacco and Alcohol Comorbidity: a Review of Current Evidence. *Curr Addict Rep*. 2017;4(1):25- 34.
47. Verplaetse TL, McKee SA. An overview of alcohol and tobacco/nicotine interactions in the human laboratory. *Am J Drug Alcohol Abuse*. mars 2017;43(2):186- 96.
48. Audrain-McGovern J, Benowitz N. Cigarette Smoking, Nicotine, and Body Weight. *Clin Pharmacol Ther*. juill 2011;90(1):164- 8.
49. Tian J, Venn A, Otahal P, Gall S. The association between quitting smoking and weight gain: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2015;16(10):883- 901.
50. Yoon J, Bernell SL. Link Between Perceived Body Weight and Smoking Behavior Among Adolescents. *Nicotine Tob Res*. 1 nov 2016;18(11):2138- 44.
51. Clair C, Rigotti NA, Porneala B, Fox CS, D'Agostino RB, Pencina MJ, et al. Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among people with and without diabetes. *JAMA J Am Med Assoc*. 13 mars 2013;309(10):1014- 21.
52. Garrett N, Sharot T. How Robust Is the Optimistic Update Bias for Estimating Self-Risk and Population Base Rates? *PLoS ONE [Internet]*. 10 juin 2014 [cité 8 juill 2018];9(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4051586/>

53. Weinstein N, Marcus S, Moser R. Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tob Control*. févr 2005;14(1):55- 9.
54. Hill C. *Epidémiologie du Tabagisme*. *Rev Prat*. 20 mars 2012;
55. Observatoire Français Des Drogues et Des Toxicomanies DT. *Baromètre de santé-tabac* [Internet]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/pdf/586>



## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONCERNANT LE PLAGIAT

**Nom :** KIRCA

**Prénom :** SEVIL

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main** : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance  
des suites disciplinaires ou pénales que j'encours  
en cas de déclaration erronée ou incomplète

**Signature originale :**

**A STRASBOURG, le 7 Juillet 2018**

**RESUME :**

**INTRODUCTION** Le tabac cause 73 000 décès prématurés tous les ans en France. Ses méfaits sont connus. Malgré cela un français sur trois fume. Cette question est souvent abordée par ses aspects néfastes ; considérer les bénéfices peut paraître une incitation au tabagisme. Notre étude envisage la question différemment. L'objectif est d'analyser les bénéfices rapportés pour améliorer notre compréhension et prise en charge. **METHODE** Etude qualitative de 18 entretiens semi dirigés de patients fumeurs adultes, volontaires, de médecine générale. Analyse avec le logiciel RQDA. Traitement des données par « théorisation ancrée ». **RÉSULTATS** A l'adolescence, la cigarette assouvit une curiosité, un besoin d'expérimentation. Elle intervient dans la construction d'une identité sociale (outil d'intégration, construction d'une image sociale, représentation d'une norme) et personnelle (autonomisation, construction d'un soi idéal). Elle facilite les échanges sociaux et véhicule certaines valeurs. Puis, elle structure le quotidien du fumeur, l'imprègne d'habitudes, de rituels. Elle est considérée comme indispensable au fonctionnement basal du corps, via la dépendance nicotinique, un atout pour le poids, un régulateur émotionnel, une automédication. Elle représente un plaisir, une récompense. Elle peut refléter une souffrance ou une volonté d'autodestruction. Elle est un moyen de s'octroyer une immunité face aux conséquences du tabac. Cependant, comparés aux méfaits, ces bénéfices sont insuffisants générant une culpabilité. **CONCLUSION** Les bénéfices rapportés sont nombreux, réels et symboliques. Notre étude nous apprend que le sevrage signifie faire le deuil d'une relation forte et d'une identité de fumeur en adoptant une nouvelle identité de non-fumeur et une nouvelle manière de vivre. En avoir conscience est une grande valorisation pour le patient lorsqu'il se lance dans cette voie. A nous de créer une ouverture et une alliance thérapeutique en étant patients, bienveillants, à l'écoute en écartant tout jugement pour avancer à son rythme vers le sevrage.

**Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE**

**Mots-clés : Sevrage, médecine générale, bénéfices, tabac**

**Président : Pr Danion-Grilliat Anne**

**Assesseurs :**

**Pr Weber Jean Christophe**

**Pr Lalanne Tongio Laurence**

**Dr Sanselme Anabel**

**Adresse de l'auteur :**

**9 Rue de Berne, 67 000 Strasbourg**