



**Université
de Rennes**

**Master 2 Mention Santé publique
Parcours : Pilotage des Politiques et Actions en Santé
Publique**

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : **Septembre 2023**

**Les incitations financières à l'arrêt du tabac chez les
fumeurs défavorisés d'un point de vue socio-
économique**

Manon REMY

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à Monsieur Raude, directeur de ce mémoire, dont l'accompagnement, les conseils et les suggestions m'ont été précieux pour progresser dans l'appréhension et l'approfondissement d'un sujet qui m'intéressait tout particulièrement.

Je tiens également à remercier vivement Madame Gallopel-Morvan d'avoir accepté d'évaluer mon travail en qualité de Présidente de mon jury de soutenance.

Je remercie sincèrement Monsieur Campéon, Directeur du master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique, et Madame Maffeï, ingénieure pédagogique, pour l'organisation de ce master passionnant. Merci également à Madame Sopadzhiyan pour son attention et sa réactivité en tant que tutrice pédagogique.

Merci aux professionnels, Madame Avenel, Monsieur Gzil et Monsieur Proux, pour les entretiens enrichissants qu'ils m'ont accordés. Leurs apports à ce travail ont été conséquents.

Un grand merci à mes deux maîtresses d'apprentissage, Justine Avenel et Félicie David, dont les qualités professionnelles et humaines ont guidé cette expérience. Je souhaite également remercier Viêt Nguyen-Thanh pour sa confiance, Romain Guignard pour ses conseils avisés ainsi que l'ensemble de l'Unité Addictions de la Direction de la prévention et de la promotion de la santé de Santé publique France pour l'accueil bienveillant qui m'a été réservé.

Je remercie chaleureusement mes camarades et amies de promotion : Ana, Sophie, Lucie, Marianne, Olivia et Julia. Merci à Ginette et Michel pour leur présence et leurs encouragements de tous les jours. Enfin, je remercie de tout cœur ma mère pour son soutien indéfectible.

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ARS	Agence Régionale de Santé
CES	Centre d'examens de santé
CO	Monoxyde de carbone dans l'air expiré
CSP	Catégorie socioprofessionnelle
ECR	Essai contrôlé randomisé
<i>FG</i>	<i>Focus group</i>
FLCA	Fonds de Lutte Contre les Addictions
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
ISS	Inégalités sociales de santé
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OFDT	Observatoire français des drogues et des tendances addictives
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SEDEN	Systèmes électroniques de délivrance de la nicotine
SpF	Santé publique France
TSN	Traitement de substitution nicotinique

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CONTEXTE	3
I. Risques individuels et conséquences collectives du tabagisme	3
A. Risques associés au tabagisme actif	3
B. Risques associés au tabagisme passif	4
C. Coût social annuel du tabagisme	4
II. Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien en population générale depuis 2000	5
III. Inégalités sociales de santé et tabagisme	6
A. Inégalités sociales de santé et gradient social de santé en France	7
B. Tabagisme des populations défavorisées d'un point de vue socio-économique	7
CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	16
I. Rationalité limitée et dualité des comportements humains	16
II. Induire un changement de comportement : différentes approches	17
A. Approche légaliste autoritaire	17
B. Approche économique	18
C. Approche informationnelle et communicationnelle	19
D. Approche écologique : marketing social et <i>nudges</i>	20
MATÉRIEL & MÉTHODE	23
I. Revue de littérature	23
II. Entretiens qualitatifs de groupe	25
III. Entretiens qualitatifs individuels	26
IV. Observation participante	27
REVUE DE LITTÉRATURE	28
I. Les incitations à l'arrêt du tabac sans garantie de gain en cas de sevrage : les concours	28
A. Divers types de concours	28
B. Résultats : Quelle efficacité des concours à induire un sevrage tabagique ?	29
II. Les incitations à l'arrêt du tabac avec garantie de gain en cas de sevrage : les incitations financières	30
A. Diverses modalités d'incitations financières	30
B. Des incitations financières délivrées à différentes populations de fumeurs	31
C. Des incitations financières délivrées dans différents contextes	32

D. Résultats : Quelle efficacité des incitations financières à induire un sevrage tabagique ?	33
III. Questionnements soulevés par l'intervention	40
A. Enjeux éthiques	40
B. Acceptabilité de l'intervention	42
RÉSULTATS EMPIRIQUES	45
I. Dispositifs d'arrêt imaginés par les participants	45
II. Dispositifs d'arrêt envisagés par les professionnels de la prévention du tabagisme	46
III. Focus sur les bons d'achat	47
A. Modalités optimales de l'intervention	47
A. Freins potentiels à l'intervention	49
B. Caractère incitatif des bons d'achat à l'arrêt du tabac	51
DISCUSSION	54
I. Des enjeux éthiques maîtrisés	54
II. Des arguments en faveur d'un bon niveau d'acceptabilité	54
III. Un arbitrage entre les différentes modalités d'intervention proposées	55
IV. Une proposition de transposition opérationnelle en France	56
A. Public bénéficiaire	56
B. Durée	57
C. Forme, montant, destination	57
D. Modalités de test	58
E. Accompagnement à l'arrêt	59
F. Financement du projet	59
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	62
LISTE DES ANNEXES	70
Annexe n°1 : Grille d'analyse de la revue de littérature	71
Annexe n°2 : Grille d'analyse des entretiens de groupe	72
Annexe n°3 : Guide d'entretien avec Justine Avenel	73
Annexe n°4 : Retranscription d'entretien avec Justine Avenel	74
Annexe n°5 : Guide d'entretien avec Fabrice Gzil	85
Annexe n°6 : Retranscription d'entretien avec Fabrice Gzil	86
Annexe n°7 : Guide d'entretien avec Frédéric Proux	98

INTRODUCTION

Le tabagisme est un déterminant comportemental de santé, c'est-à-dire un facteur, fortement lié au niveau d'éducation, de connaissances, de revenu et aux valeurs sociétales au sens large, qui influence négativement l'état de santé des individus et des populations¹.

En France, les inégalités sociales de santé sont très marquées s'agissant de la consommation de tabac. En effet, en 2022, la prévalence du tabagisme quotidien parmi le tiers de la population ayant les revenus les moins élevés était de 33,6% contre 20,9% pour le tiers de la population ayant les revenus les plus élevés (Pasquereau *et al.*, 2023)². Cette même différence est observée en fonction du niveau de diplôme : 30,8% des Français non-diplômés ou titulaires d'un diplôme inférieur au baccalauréat étaient fumeurs contre 16,8% des Français titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat³. Cet écart s'accroît encore davantage en fonction de la situation professionnelle des individus selon qu'ils soient actifs occupés (26,1% de fumeurs) ou chômeurs (42,3% de fumeurs)⁴. Enfin, chez les jeunes de 17 ans, la consommation quotidienne de tabac est supérieure parmi les adolescents en apprentissage (47,3%) et sortis du système scolaire (57%) que parmi les élèves scolarisés dans le secondaire (22%)⁵.

De nombreux éléments expliquent cette prévalence tabagique particulièrement élevée des publics défavorisés d'un point de vue socio-économique. Devant faire face à des conditions de vie difficiles, ils peinent à se projeter dans l'avenir et valorisent le moment présent (la cigarette est perçue comme un moyen de gérer stress, ennui et solitude) en mettant à distance les risques du tabagisme sur leur santé. De plus, une norme pro-tabac est fortement installée dans leur environnement : la cigarette est un outil de socialisation induisant le sentiment d'appartenance au groupe. Enfin, ils présentent une moindre sensibilité aux messages de prévention en raison notamment d'un faible niveau de compétences en littératie et d'une défiance à l'égard des communications institutionnelles.

En dépit des multiples interventions mises en place pour induire un changement de comportement (interventions juridiquement contraignantes, informationnelles ou plus globales), le tabagisme des

¹ Raimondeau J., Bréchat P.-H., Carmona É., Huteau G., Marin P., Naty-Daufin P. « Manuel de santé publique ». Éd. Presses de l'EHESP, Coll. Références Santé Social, décembre 2022, 744 p.

² Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Soullier N., Beck F., Nguyen-Thanh V. « Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans ». *BEH*, n° 9-10, 31 mai 2023, pp. 152-158.

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ Observatoire français des drogues et des tendances addictives. « Les drogues à 17 ans. Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022 ». *Tendances*, n° 155, mars 2023, 8 p.

Français les moins favorisés ne diminue plus, entraînant ainsi de lourdes répercussions sur leur état de santé et donc un creusement significatif des inégalités. Ainsi, dans une perspective de santé publique, il semble nécessaire et urgent de réfléchir à la conception et à la mise en œuvre de nouvelles interventions efficaces ciblant spécifiquement les fumeurs défavorisés en prenant en compte les besoins qui leur sont propres.

La perspective d'économies et de gains financiers paraissant être une motivation puissante chez les personnes fragilisées économiquement, nous souhaitons étudier l'intérêt de l'approche économique pour induire un sevrage tabagique. C'est pourquoi, nous faisons l'hypothèse que les incitations financières à l'arrêt du tabac pourraient être un levier efficace pour les encourager à faire des tentatives d'arrêt permettant ainsi de diminuer la prévalence tabagique de cette population et *in fine* de réduire les inégalités sociales de santé liées à ce déterminant.

La question qui guidera notre réflexion est la suivante : **Les incitations financières à l'arrêt du tabac pourraient-elles être une intervention acceptable et efficace pour réduire la prévalence du tabagisme quotidien des Français défavorisés d'un point de vue socio-économique ?**

L'objectif de ce travail est double : il s'agit d'une part de renforcer les connaissances sur les effets des incitations financières sur le sevrage tabagique, et d'autre part de réfléchir aux modalités optimales de mise en œuvre d'incitations financières à l'arrêt du tabac au bénéfice des fumeurs français défavorisés. Nous structurerons ce mémoire selon le plan IMReD (Introduction, Méthodes, Résultats et Discussion).

NB : Le présent mémoire est un mémoire « mission ». Ainsi, la question dont il traite m'a été confiée dans le cadre de mon apprentissage à Santé publique France.

CONTEXTE

En préambule, il convient de rappeler le contexte dans lequel s'inscrit notre réflexion en évoquant les risques individuels et conséquences collectives du tabagisme (I), en retraçant l'évolution de la prévalence du tabagisme quotidien en population générale depuis 2000 (II) et en explicitant les liens qui existent entre inégalités sociales de santé et tabagisme (III).

I. Risques individuels et conséquences collectives du tabagisme

Fumer expose à des risques pour sa santé (A) mais aussi pour la santé de son entourage (B) et par conséquent fait peser sur la société un lourd tribut économique (C).

A. Risques associés au tabagisme actif

Les risques associés au tabagisme actif sont nombreux, au premier rang desquels, celui de l'addiction. La nicotine, substance présente dans le tabac, entraîne une dépendance définie par la Haute Autorité de Santé comme « la perte de la liberté de s'abstenir »⁶. Cette addiction renforce la difficulté du sevrage tabagique. Or, les maladies entraînées par le tabagisme sont liées à la durée du tabagisme (durée de l'intoxication) et à la quantité consommée quotidiennement (nombre de cigarettes fumées par jour). Il n'y a pas de seuil en-dessous duquel fumer serait inoffensif pour la santé (Senellart *et al.*, 2009)⁷.

Fumer peut donc entraîner la survenue d'un grand nombre de pathologies dont les plus connues sont les cancers. En 2015, 68 000 nouveaux cas de cancers ont été attribués au tabagisme, soit 20% des nouveaux cas de cancers⁸. Le tabagisme peut également être la cause de maladies cardiovasculaires comme l'infarctus du myocarde, de maladies respiratoires de type bronchopneumopathie chronique obstructive et de diabète de type 2.

Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France : 75 000 décès sont attribuables au tabac chaque année (55 000 chez les hommes, 20 000 chez les femmes), soit 13% des décès

⁶ Haute Autorité de Santé. « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours ». Recommandation de bonne pratique, octobre 2014, 60 p.

⁷ Senellart H., Naudin F., Bedel A.-L., Bennouna J. « Cancer bronchique primitif [dossier spécial] ». *Revue du Praticien Médecine Générale*, 2009, n° 815, pp. 89-93.

⁸ Centre International de Recherche sur le Cancer. « Nouvelles données sur les cas de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France : le tabac, l'alcool, une alimentation déséquilibrée et le surpoids, quatre facteurs de risques majeurs ». Communiqué de presse, n° 261, 2018, 3 p.

enregistrés dans l'année (Bonaldi *et al.*, 2019)⁹. On estime que les deux tiers des fumeurs quotidiens décéderont des conséquences de leur tabagisme (Doll et Hill, 2004)¹⁰ et que les fumeurs meurent en moyenne 10 ans plus tôt que les non-fumeurs (Jha et Peto, 2014)¹¹.

B. Risques associés au tabagisme passif

En parallèle du tabagisme actif, l'exposition environnementale à la fumée de tabac provoque des dommages importants sur la santé de l'entourage des fumeurs. On dénombre en France environ 1100 décès par an dus au tabagisme passif (Hill, 2011)¹².

Les adultes qui subissent le tabagisme passif ont davantage de risques de développer une cardiopathie ischémique et/ou un cancer du poumon. Chez les enfants qui côtoient des fumeurs au quotidien, on observe une augmentation de la fréquence des infections respiratoires hautes et basses.

La consommation de tabac chez les femmes enceintes, en ce qu'elle est associée à un risque plus élevé d'anomalies placentaires, peut conduire à la restriction de la croissance fœtale (taille, poids, périmètre crânien), mais aussi à l'augmentation du risque de perte fœtale et de naissance d'un enfant mort-né (Salihu et Wilson, 2007)¹³. À plus long terme, le tabagisme d'une mère pendant sa grossesse est susceptible d'entraîner chez l'enfant des troubles du comportement et, dans les cas les plus graves, une réduction des capacités cognitives (Clifford *et al.*, 2012)¹⁴. Le risque est également que l'enfant exposé *in utero* au tabac devienne lui-même plus tard un fumeur (Ncube et Mueller, 2017)¹⁵.

C. Coût social annuel du tabagisme

Sont inclus dans le coût social annuel du tabagisme le coût pour les finances publiques (dépenses pour les soins des malades, pour la recherche, la prévention ou encore pour l'application de la loi) et les coûts externes (vies perdues, baisse de la production et diminution de la qualité de

⁹ Bonaldi C., Boussac M., Nguyen-Thanh V. « Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015 ». *BEH*, n° 15, 28 mai 2019, pp. 278-284.

¹⁰ Doll R., Hill B. "The mortality of doctors in relation to their smoking habits: a preliminary report". *British Medical Journal*, 2004, pp. 1529-1533.

¹¹ Jha P., Peto R. "Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco". *New England Journal of Medicine*, 2014, pp. 60-68.

¹² Hill C. « Les effets sur la santé du tabagisme passif ». *BEH*, n° 20-21, 31 mai 2011, pp. 233-235.

¹³ Salihu H., Wilson R. "Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes". *Early Human Development*, Vol. 83, 2007, pp. 713-720.

¹⁴ Clifford A., Lang L., Chen R. "Effects of maternal cigarette smoking during pregnancy on cognitive parameters of children and young adults: a literature review". *Neurotoxicology and teratology*, Vol. 34, 2012, pp. 560-570.

¹⁵ Ncube C., Mueller B. "Daughters of mothers who smoke: A population-based cohort study of maternal prenatal tobacco use and subsequent prenatal smoking in offspring". *Paediatr Perinat Epidemiol*, January 2017, pp. 14-20.

vie). Pour l'année 2010, le coût social du tabagisme a été évalué à 122 milliards d'euros dont 25,9 milliards d'euros correspondaient aux soins de santé (Kopp, 2015)¹⁶. Les recettes provenant de la taxation du tabac, représentant alors un montant de 10,4 milliards d'euros, étaient bien inférieures aux coûts induits par le tabagisme. Une actualisation de l'étude menée par Pierre Kopp en 2015 estime à 156 milliards d'euros le coût social du tabagisme pour l'année 2019 et indique que si l'on divisait ce coût social par le nombre de français, le tabac coûterait 2 300 euros par an à chacun d'eux, qu'ils soient fumeurs ou non (Kopp, 2023)¹⁷. Finalement, les risques du tabagisme ne sont pas seulement individuels, ils emportent aussi des conséquences collectives.

II. Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien en population générale depuis 2000

Depuis les années 2000 et jusqu'à 2019, le niveau de consommation de tabac en France n'a cessé d'évoluer, au gré des effets des mesures nationales visant à le réduire¹⁸. En 2003-2004, la consommation diminue de manière importante du fait de hausses fortes et répétées du prix du tabac. De 2005 à 2011, le niveau de consommation est relativement stable avant que ne survienne, de 2012 à 2014, une nouvelle diminution vraisemblablement liée aux hausses régulières de prix et à l'apparition de la cigarette électronique. S'ensuit alors une période de stabilisation en 2014-2017 puis une baisse d'ampleur de la consommation en 2018 faisant suite à la mise en œuvre du premier Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019 dans lequel s'inscrit le dispositif de marketing social Mois sans tabac lancé en 2016, ainsi qu'à l'instauration de mesures réglementaires telles que le paquet neutre rendu obligatoire le 1^{er} janvier 2017.

Cependant, comme le montre le graphique ci-après, un décrochage s'est produit en 2019-2020 avec le retour d'une légère hausse de la prévalence tabagique. Cette augmentation s'explique en partie par la crise sanitaire. Les personnes les plus touchées par cette hausse ont été les femmes et les plus défavorisés (Pasquereau *et al.*, 2022)¹⁹. Les derniers chiffres à notre disposition, publiés à l'occasion de la journée mondiale sans tabac du 31 mai 2023, confirment une rupture dans la tendance à la baisse. Ainsi, en 2022, 31,8% des Français âgés de 18 à 75 ans déclaraient fumer dont 24,5% d'entre

¹⁶ Kopp P. « Le coût social des drogues en France ». Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2015, 10 p.

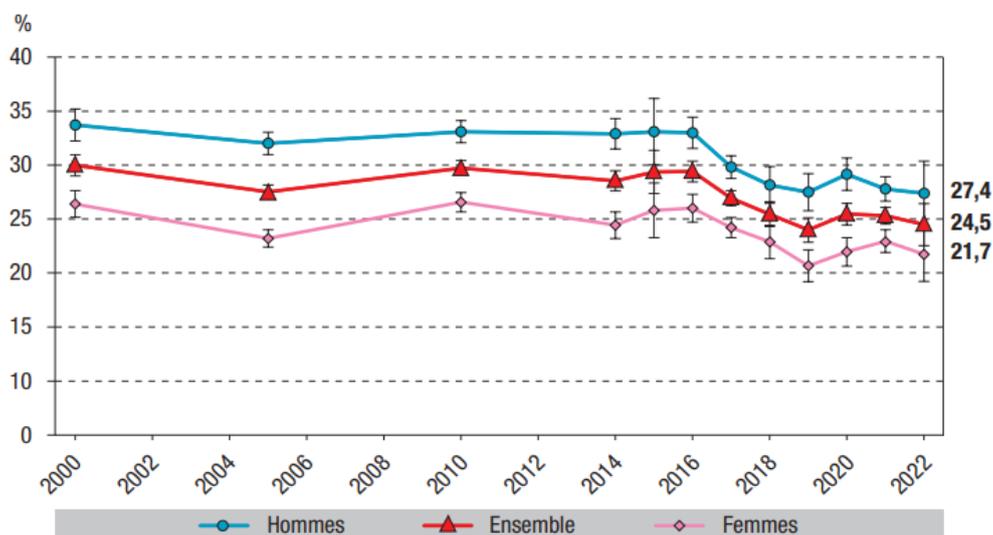
¹⁷ Kopp P. « Le coût social des drogues : estimation en France en 2019 ». Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2023, 15 p.

¹⁸ Santé publique France. Baromètres 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.

¹⁹ Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Gautier A., Soullier N., Richard J.-B., Beck F., Nguyen-Thanh V. « Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le baromètre de Santé publique France ». *BEH*, n° 26, 13 décembre 2022, pp. 470-480.

eux quotidiennement (Pasquereau *et al.*, 2023)²⁰. En parallèle, la prévalence du vapotage quotidien s'élevait à 5,5%²¹.

Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France métropolitaine entre 2000 et 2022 (BEH, n° 9-10, 31 mai 2023).



En tout état de cause, la prévalence du tabagisme quotidien est nettement plus élevée en France que dans les pays anglo-saxons (13% au Royaume-Uni en 2021²², 11,5% aux États-Unis en 2021²³ et 11% en Australie en 2019²⁴).

III. Inégalités sociales de santé et tabagisme

Les inégalités sociales de santé et le gradient social de santé sont particulièrement marqués en France (A) comme l'illustre le tabagisme des populations défavorisées d'un point de vue socio-économique (B).

²⁰ Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Soullier N., Beck F., Nguyen-Thanh V. « Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans ». *BEH*, n° 9-10, 31 mai 2023, pp. 152-158.

²¹ *Ibid.*

²² Office for National Statistics. "Adult smoking habits in the UK". Statistical bulletin, ONS website, December 2022, 15 p.

²³ Cornelius M., Loretan C., Jamal A., Lynn B., Mayer M., Alcantara I., Neff L. "Tobacco Product Use Among Adults - United States 2021". *Morbidity and Mortality Weekly Report*, May 2023, pp. 475-483.

²⁴ Australian Institute of Health and Welfare. "National drug strategy household survey 2019". Canberra: AIHW, 2020, 104 p.

A. Inégalités sociales de santé et gradient social de santé en France

L'OMS définit les inégalités sociales de santé comme « des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde ». D'après Santé publique France, les inégalités sociales de santé sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux »²⁵. Ce sont les déterminants sociaux tels que le genre, le pays de naissance, la composition familiale, le revenu, la scolarité, le métier, le soutien social mais aussi d'autres déterminants plus globaux, comme les politiques sociales, qui sont à l'origine des inégalités sociales de santé. En ce sens, elles diffèrent des inégalités de santé au sens strict qui peuvent être dues à des facteurs génétiques et physiologiques.

Lorsque l'on aborde la question des inégalités sociales de santé, on fait référence au gradient social de santé « phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux directement en dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons » (Black *et al.*, 1982)²⁶.

Les inégalités sociales de santé et le gradient social de santé sont très prononcés en France en particulier concernant le tabagisme. En effet, il a été constaté que la mortalité liée aux principales pathologies associées à la consommation de tabac augmente lorsque le niveau socio-économique baisse. Dès lors, on comprend aisément en quoi la diminution de la prévalence du tabagisme quotidien des fumeurs défavorisés constitue un véritable enjeu de santé publique. La réduction des inégalités sociales de santé est en ce sens inscrite au centre de la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027²⁷.

B. Tabagisme des populations défavorisées d'un point de vue socio-économique

Les populations défavorisées, présentant certaines caractéristiques (1) ont vu leur prévalence tabagique quotidienne évoluer depuis les années 2000 (2). Le niveau élevé de celle-ci peut s'expliquer par différents facteurs (3), en dépit de la présence d'une véritable volonté d'arrêter de fumer (4) et de l'existence de dispositifs et d'outils d'aide au sevrage tabagique (5).

²⁵ Santé publique France. « Les inégalités sociales et territoriales de santé ». 17 mai 2021.

²⁶ Black D., Morris J., Smith C., Townsend P. "The Black report". London: Pelican, 1982.

²⁷ Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. « Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 ». Mars 2023, 56 p.

1. Caractéristiques des populations défavorisées

Lorsque l'on parle de populations défavorisées d'un point de vue socio-économique, on se réfère à trois critères d'identification. Il s'agit des personnes faiblement diplômées (non diplômées ou, dans une moindre mesure, titulaires du baccalauréat), des personnes percevant un faible niveau de revenu (moins de 1170€ par unité de consommation du foyer) et/ou des personnes appartenant aux catégories socio-professionnelles dites « inférieures » (prioritairement les ouvriers puis les employés) ou bien étant au chômage. Ces trois critères ne sont pas cumulatifs.

Le Baromètre Santé publique France 2017 a recensé des éléments d'information permettant de dresser un « profil type » de fumeur : « Les fumeurs adultes sont plus fréquemment des hommes de moins de 55 ans, des personnes en situation de précarité socio-économique, avec une moins bonne santé mentale, ils sont plus souvent consommateurs d'autres substances psychoactives, ils ont moins recours à un médecin généraliste et ils utilisent moins Internet comme source d'informations sur des sujets de santé, par rapport aux non-fumeurs »²⁸.

Il en résulte également que la proportion d'hommes fumeurs quotidiens est plus élevée dans les secteurs de la construction, de la restauration et des activités immobilières tandis qu'elle est moins élevée dans les secteurs de l'information et de la communication, des activités spécialisées, scientifiques et techniques, de l'administration publique et de l'enseignement. La proportion de femmes fumant quotidiennement est plus élevée dans le secteur de la restauration et moins élevée dans l'enseignement²⁹.

2. Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien des populations défavorisées depuis 2000

De 2000 à 2016, le tabagisme moyen a augmenté de 31% à 39% parmi le tiers de la population ayant les revenus les plus bas quand il a diminué de 28% à 21% parmi le tiers de la population ayant les revenus les plus élevés³⁰. Entre 2016 et 2019, on a observé pour la première fois une diminution de la prévalence tabagique passant de 39% à 30% en moyenne chez les populations les plus défavorisées (faiblement diplômés, bas revenus, chômeurs). Selon les catégories socio-professionnelles, en 2017, 36% des ouvriers, 27% des employés et 24% des professions intermédiaires fumaient quotidiennement contre 16% des cadres et professions intellectuelles supérieures.

²⁸ Marques C., Quatremère G., Guignard R., Andler R., Pasquereau A., Nguyen-Thanh V. « Les fumeurs français : qui sont-ils ? Résultats du baromètre de Santé publique France 2017 ». *BEH*, n° 14, 26 mai 2020, pp. 291-294.

²⁹ *Ibid.*

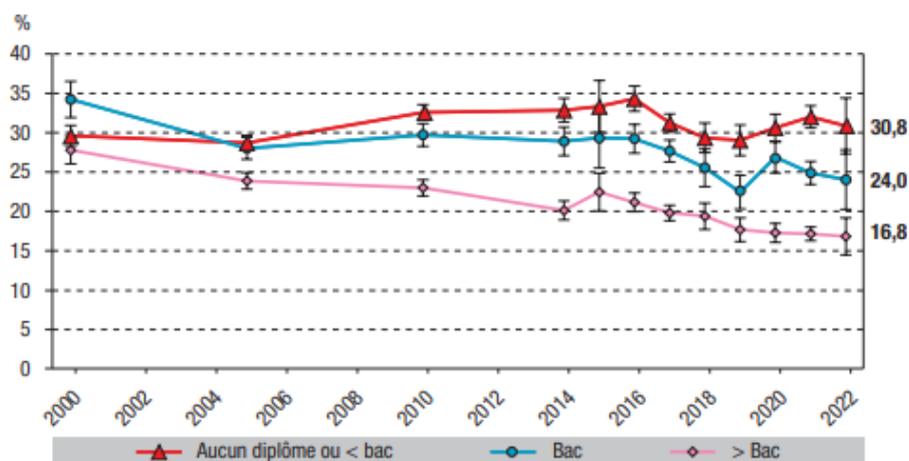
³⁰ Baromètres Santé publique France.

Malheureusement, la prévalence a de nouveau augmenté en 2020, atteignant 33% (+3 points), contre 18% pour les plus favorisés. Cette hausse du nombre de fumeurs parmi le tiers de la population française dont les revenus sont les moins élevés est significative (15 points d'écart avec les plus hauts revenus).

L'impact de la crise Covid et de ses confinements successifs sur cette augmentation est réel mais il est important de mentionner que la hausse avait débuté fin 2018, dans un contexte de crise sociale lié au mouvement des gilets jaunes marqué par une contestation des inégalités socio-économiques (Pasquereau *et al.*, 2021)³¹. En outre, il semblerait que l'évolution de la consommation de tabac pendant la pandémie ait été dépendante de la situation professionnelle et du niveau de stress ressenti du fait de la crise sanitaire.

Les publications les plus récentes, mesurant la prévalence tabagique en 2022, révèlent que les inégalités sociales de santé restent très marquées avec d'une part 14 points d'écart entre la prévalence des personnes non diplômées et celle des titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat, d'autre part un écart de 12,7 points entre la prévalence des plus bas revenus et celle des plus hauts revenus et pour finir, un écart de 16,2 points entre la prévalence des actifs occupés et celle des personnes au chômage. C'est que montrent les graphiques ci-après (Pasquereau *et al.*, 2023)³².

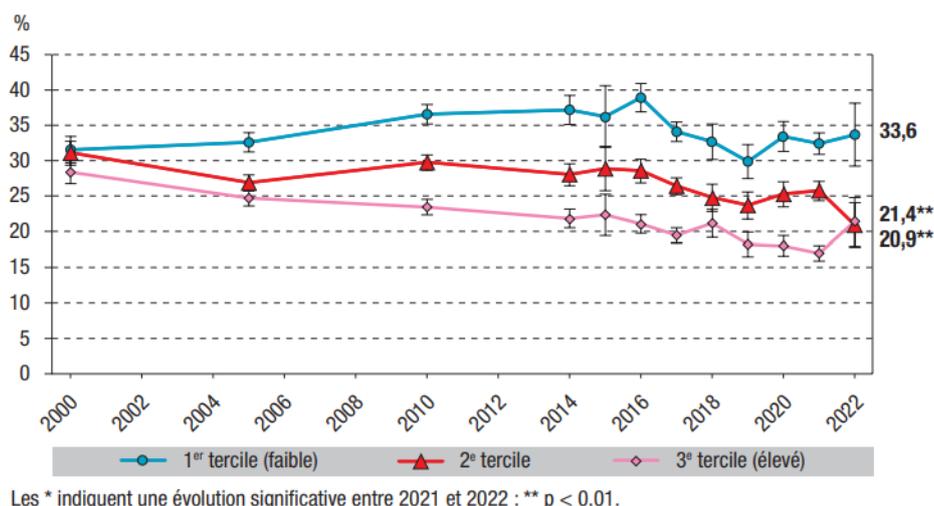
Prévalence du tabagisme quotidien selon le niveau de diplôme parmi les 18-75 ans en France métropolitaine en 2022 (BEH, n° 9-10, 31 mai 2023).



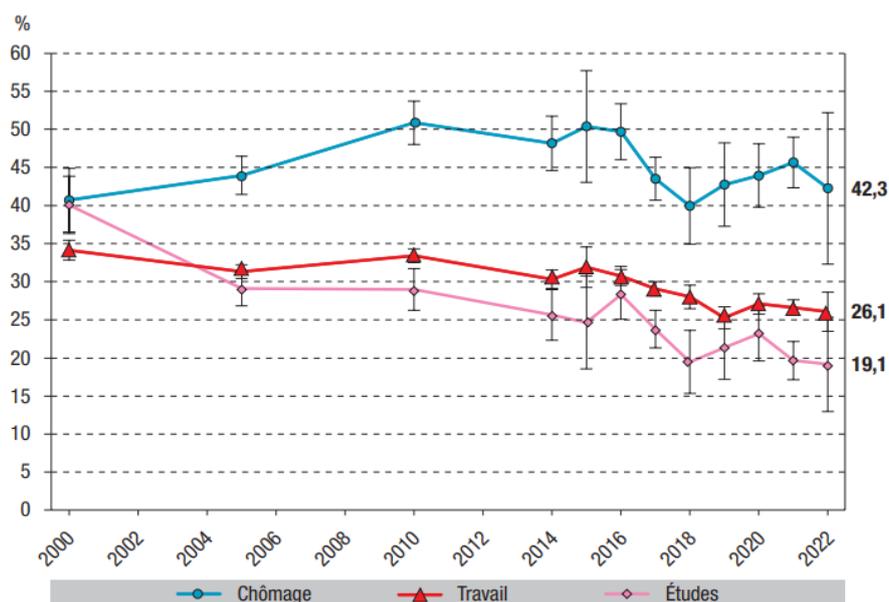
³¹ Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Soullier N., Gautier A., Richard J.-B., Nguyen Thanh V. « Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : Résultats du Baromètre de Santé publique France ». *BEH*, n° 8, 26 mai 2021, pp. 132-139.

³² Pasquereau, *op. cit.*, p. 6.

Prévalence du tabagisme quotidien selon le revenu par unité de consommation parmi les 18-75 ans en France métropolitaine en 2022 (BEH, n° 9-10, 31 mai 2023).



Prévalence du tabagisme quotidien selon la situation professionnelle parmi les 18-64 ans en France métropolitaine en 2022 (BEH, n° 9-10, 31 mai 2023).



3. Facteurs explicatifs : pourquoi les populations défavorisées fument-elles davantage ?

La littérature met en avant de nombreux facteurs explicatifs à la prévalence tabagique élevée des populations défavorisées. Tout d’abord, du fait de conditions de vie difficiles, les fumeurs défavorisés semblent avoir un usage « anxiolytique » de la cigarette ; ils ont le sentiment que la cigarette leur permet de soulager leur stress et leur anxiété. Elle leur permet de « tenir le coup », de tromper l’ennui et de compenser la solitude. Ainsi, face à la dureté de la vie, le tabac satisfait certains

de leurs besoins essentiels en diminuant leurs sentiments négatifs ; la cigarette est alors perçue comme une ressource émotionnelle toujours disponible pour eux (Peretti-Watel et Constance, 2009)³³. De fait, la dépendance nicotinique de ces personnes est plus élevée.

Ensuite, en raison de conditions matérielles plus précaires, ces fumeurs rencontrent des difficultés à se projeter dans l'avenir (Hoggart, 1970)³⁴ avec une forte valorisation du moment présent (Peretti-Watel *et al.*, 2013)³⁵. Ce type de comportement s'explique par le phénomène d'inconsistance temporelle, c'est-à-dire la tendance qu'ont les individus à privilégier le court terme en profitant de l'instant présent tout en repoussant les efforts à plus tard sans tenir compte des conséquences de leurs actions sur le long terme (Fudenberg et Levine, 2006)³⁶. Ainsi, les bénéfices perçus du tabac sont-ils quotidiens tandis que les éventuels dommages provoqués par ce comportement sur leur santé sont envisagés dans un avenir lointain. L'arrêt du tabac n'est donc pas une priorité.

Cette mise à distance des risques liés au tabac est renforcée par l'existence de fausses croyances induisant une relativisation des risques. Certains s'estiment être hors de danger parce qu'ils se considèrent en bonne santé. D'une part, ces populations pensent parfois qu'il existe un seuil, en quantité et en durée d'exposition, à partir duquel le tabac devient dangereux. De fait, elles s'estiment sans danger parce qu'elles jugent leur consommation raisonnable. D'autre part, elles pensent que les maladies liées au tabagisme ne peuvent les atteindre puisqu'elles ont une « bonne nature » ou un « bon métabolisme » et qu'elles adoptent les bons comportements pour compenser les effets du tabac (alimentation saine, hydratation, activité sportive, etc.). La mise à distance des risques, l'évitement et le déni sont des mécanismes de défense qui peuvent s'expliquer par la dissonance cognitive à laquelle sont confrontés les fumeurs, c'est-à-dire le déséquilibre psychologique lié à la différence entre l'action de fumer et le fait de savoir que c'est mauvais pour leur santé (Gallopel-Morvan *et al.*, 2019)³⁷.

Ceci est aggravé par la présence d'une norme pro-tabac installée dans l'environnement des fumeurs défavorisés, ce qu'on appelle la « culture de la cigarette » (Peretti-Watel et Constance, 2009)³⁸. En

³³ Peretti-Watel P., Constance J. "“It's All We Got Left”. Why Poor Smokers are Less Sensitive to Cigarette Price Increases". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2009, pp. 608-621.

³⁴ Hoggart R. « La culture du pauvre ». Paris : Editions de Minuit, Coll. Le Sens commun, 1970, 424 p.

³⁵ Peretti-Watel P., L'Haridon O., Seror V. "Time preferences, socioeconomic status and smokers' behaviour, attitudes and risk awareness". *European Journal of Public Health*, Vol. 23, No. 5, January 2013, pp. 783-788.

³⁶ Fudenberg D., Levine D. "A Dual-Self Model of Impulse Control". *American Economic Review*, 2006, pp. 1449-1476.

³⁷ Gallopel-Morvan K., Nguyen-Thanh V., Arwidson P., Hastings G. « Marketing social. De la compréhension des publics au changement de comportement ». Presses de l'EHESP, 2019, 180 p.

³⁸ Peretti-Watel, *op. cit.*, p. 11.

effet, la cigarette donne un sentiment d'identité et d'appartenance au groupe. Les fumeurs socialisent grâce à la cigarette, à l'occasion des pauses cigarettes entre collègues par exemple.

Par ailleurs, on constate une moindre sensibilité des fumeurs défavorisés aux messages de prévention en raison de leur forte valorisation du présent mais aussi en raison de moindres compétences en littératie. La littératie est définie par l'OCDE comme « la capacité de comprendre, d'évaluer, d'utiliser et de s'engager dans des textes écrits pour participer à la société, pour accomplir ses objectifs et pour développer ses connaissances »³⁹. Or, des compétences réduites en littératie induisent une moindre participation aux programmes de dépistage, une moindre utilisation des services de prévention et moins de comportements favorables à la santé (Ruel *et al.*, 2018)⁴⁰. En pratique, on observe que les fumeurs défavorisés ont une plus grande difficulté à recevoir, traiter et utiliser l'information contenue dans les campagnes de prévention du tabagisme. Par exemple, le *post-test* de la campagne Mois sans tabac 2022 a mis en avant un problème de compréhension des vidéos diffusées en télévision. En effet, la structure de ces vidéos, mettant en scène un individu jeune fumant sa première cigarette puis le même individu devenu adulte souhaitant se libérer de son addiction, nécessitait une compréhension exigeante du fait de la double temporalité de la narration.

Dans le même sens, on remarque que les fumeurs défavorisés présentent une certaine méconnaissance des outils d'aide à l'arrêt du tabac (ligne téléphonique 39 89, application mobile et site internet Tabac info service, remboursement à 65% des traitements de substitution nicotinique sur prescription, etc.)⁴¹.

Enfin, on note une attitude particulièrement critique des fumeurs défavorisés à l'égard de la lutte anti-tabac, lutte qu'ils jugent moralisatrice et contraire à la liberté individuelle (Peretti-Watel *et al.*, 2009)⁴². Ils sont méfiants à l'égard des messages diffusés par les autorités sanitaires, notamment depuis la crise du Covid-19. À contrario, ces populations présentent une sensibilité accrue au marketing ciblé mis en œuvre par l'industrie et les lobbys du tabac.

³⁹ Organisation de coopération et de développement économiques. « La littératie à l'ère de l'information ». Rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes, 2000, 211 p.

⁴⁰ Ruel J., Allaire C., Moreau A.-C., Kassi B., Brumagne A., Delamplé A., Grisard C., Pinto da Silva F. « Communiquer pour tous : Guide pour une information accessible ». Saint Maurice : Santé publique France, 2018, 116 p.

⁴¹ Kantar Public, Post-test qualitatif Mois sans tabac 2020, janvier 2021.

⁴² Peretti-Watel P., Constance J., Seror V., Beck F. "Cigarettes and social inequalities in France: is tobacco use increasingly concentrated among the Poor?". *Addiction*, Vol. 104, No. 10, 2009, pp. 1718-1728.

4. Volonté et freins au sevrage tabagique des fumeurs défavorisés

Pour autant et jusqu'à récemment, la volonté d'arrêter de fumer, qui concerne 59,3% des fumeurs, et les tentatives d'arrêt étaient aussi fréquentes chez les fumeurs défavorisés que chez les fumeurs favorisés, hormis pour les ouvriers (Guignard *et al.*, 2015)⁴³. En effet, en 2014 on constatait que l'envie d'arrêter de fumer était indépendante des caractéristiques socio-économiques même si les chances de succès étaient plus faibles chez les fumeurs défavorisés. Les motivations à l'arrêt du tabac étaient triples : la santé, le coût du tabac (notamment pour les fumeurs les plus modestes) et la volonté de retrouver une forme de liberté. Dans une étude publiée récemment, on apprend qu'en 2021 l'envie d'arrêter de fumer augmente légèrement avec le niveau de diplôme (Guignard *et al.*, 2023)⁴⁴. Toutefois, ces résultats sont à appréhender avec prudence car recueillis en période de crise sanitaire.

Certains fumeurs défavorisés qui ont envie d'arrêter de fumer n'engagent néanmoins pas de tentative d'arrêt. De nombreux freins à l'arrêt sont identifiés⁴⁵. Le premier d'entre eux est la crainte de subir les symptômes de sevrage (peur du manque, irritabilité, prise de poids, etc.). Ensuite viennent la peur de l'échec, la peur de la perte des liens sociaux et la perte d'identité pour ceux qui perçoivent leur statut de fumeur comme un aspect constitutif de leur personnalité. Pour certains, l'absence de soutien de proches et l'isolement durant la démarche d'arrêt sont un véritable obstacle. Par ailleurs, pour ceux dont les tentatives d'arrêt se soldent par un échec, la confiance en soi et en sa capacité à changer peut être plus ou moins durablement altérée⁴⁶.

Néanmoins, on ne peut nier l'existence de fumeurs défavorisés qui ne souhaitent tout simplement pas arrêter la cigarette parce qu'ils n'envisagent pas de se priver de ce « plaisir » ou bien parce que le tabac fait « trop » partie de leur vie et de leur identité pour s'en séparer ou encore parce que, dans une forme de fatalisme sur la dégradation de leur santé en vieillissant, ils relativisent l'impact du tabac en pensant qu'ils mourront nécessairement de quelque chose.

⁴³ Guignard R., Beck F., Richard J.-B., Lermenier A., Wilquin J.-L., Nguyen-Thanh V. « La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes ». *Évolutions*, Inpes, n° 31, janvier 2015, 6 p.

⁴⁴ Guignard R., Soullier N., Pasquereau A., Andler R., Beck F., Nguyen-Thanh V. « Facteurs associés à l'envie d'arrêter de fumer et aux tentatives d'arrêt chez les fumeurs. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2021 ». *BEH*, n° 9-10, 31 mai 2023, pp. 159-165.

⁴⁵ Kantar Public, Post-test qualitatif Mois sans tabac 2020, janvier 2021.

⁴⁶ Fédération Addiction et Fédération des Acteurs de la Solidarité. « Tabac et précarité. Intervenir dans les centres d'hébergement ». 2021, 112 p.

5. Dispositifs et outils d'aide au sevrage à destination des fumeurs défavorisés

Une fois ces constats dressés, nous pouvons aborder quelques-uns des dispositifs mis en œuvre dans le but de réduire la consommation de tabac des populations défavorisées. En pratique, ces dispositifs et outils ne ciblent pas tous spécifiquement les fumeurs défavorisés mais sont tout de même de nature à les influencer.

La hausse du prix du tabac vise à dissuader les fumeurs d'en acheter, en particulier les plus modestes. Parmi les fumeurs qui ne peuvent s'acheter de cigarettes sans faire de dettes, on constate que le projet d'arrêt du tabac dans les 6 prochains mois est plus fréquent : la place du coût du tabac devient prépondérante dans la décision d'arrêt (Guignard *et al.*, 2023)⁴⁷. Néanmoins, certains fumeurs défavorisés considèrent que la cigarette est « tout ce qui leur reste » et préfèrent se priver d'autres biens pourtant essentiels tels que la nourriture plutôt que d'arrêter de fumer (Peretti-Watel et Constance, 2009)⁴⁸.

Le remboursement des traitements de substitution nicotinique sur ordonnance à hauteur de 65% par l'Assurance maladie depuis 2019 a été pensé pour que tous les fumeurs, même ceux qui ne sont pas en mesure d'avancer les frais, puissent bénéficier de ces outils d'aide au sevrage. Cependant, cette possibilité demeure mal connue des fumeurs qui n'en font qu'un faible usage, même lorsque le reste à charge (35%) est financé localement par ailleurs.

Les campagnes de communication et de marketing social conçues et diffusées par des acteurs de la prévention comme Santé publique France ont pour objectif d'inciter les fumeurs les plus fragiles sur le plan socio-économique à engager une tentative d'arrêt du tabac. Cela se traduit notamment par des créations qui se veulent accessibles à tous les niveaux de littératie et par une diffusion des campagnes sur des canaux de communication appréciés par cette cible de population. Malgré cela, demeure un risque de mauvaise compréhension et/ou de mise à distance de ces messages de prévention. De plus, il est très coûteux, et de fait pas toujours réalisable, de parvenir à exposer l'entièreté de notre population cible à ces messages.

La cigarette électronique est parfois utilisée par les fumeurs comme un outil d'aide au sevrage tabagique. Néanmoins, son efficacité à réduire le tabagisme et son innocuité sur la santé ne font pas l'objet d'un consensus scientifique. Dans un avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) considère que « les connaissances fondées

⁴⁷ Guignard, *op. cit.*, p. 13.

⁴⁸ Peretti-Watel, *op. cit.*, p. 11.

sur les preuves sont insuffisantes pour proposer les SEDEN [systèmes électroniques de délivrance de la nicotine] comme aide au sevrage tabagique dans la prise en charge des fumeurs par les professionnels de santé »⁴⁹.

Malgré ces différents moyens, le tabagisme des publics fragilisés reste élevé. Compte-tenu des risques individuels mais aussi des conséquences collectives qu'emporte ce comportement, il est indispensable d'élargir le panel des actions mises en œuvre en expérimentant d'autres approches interventionnelles. Ainsi, nous proposons d'étudier quels pourraient être les bénéfices d'une expérimentation innovante basée sur des incitations financières à l'arrêt du tabac. Les fondements de cette hypothèse seront expliqués dans la partie cadre conceptuel et théorique.

⁴⁹ Haut Conseil de la santé publique. « Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ». 26 novembre 2021, 148 p.

CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

Il convient de revenir sur les fondements théoriques et conceptuels sur lesquels nous nous appuyons pour réaliser ce travail. Ainsi, même s'il est vrai que le manque de rationalité et la dualité des comportements humains peuvent altérer les arbitrages favorables à l'adoption de comportements propices à la santé (I), il semble tout de même possible d'entraîner un changement de comportement grâce à différentes approches (II).

I. Rationalité limitée et dualité des comportements humains

La rationalité, dans son acception économique, repose sur l'hypothèse que les individus cherchent à satisfaire au mieux leurs besoins en classant par ordre de préférence les choix qui s'offrent à eux. L'objectif de l'économie comportementale, discipline initialement portée par Kahneman et Tversky⁵⁰, est de comprendre et d'expliquer pourquoi il arrive, dans certaines situations, que les individus ne prennent pas les décisions rationnelles et optimales pour eux, contrairement à ce que prédit la théorie économique néoclassique selon laquelle les individus seraient des *homo economicus* maximisant leur utilité sous contrainte de coûts. En effet, comment peut-on expliquer qu'un individu entre dans la consommation de tabac ou bien continue de fumer alors même qu'il connaît les risques pour sa santé, c'est-à-dire les coûts, encourus du fait de son comportement ? Avoir la bonne information, savoir que « fumer tue », ne suffit pas toujours. En effet, des mécanismes psychologiques et émotionnels, des biais cognitifs, altèrent la rationalité des individus et les conduisent à adopter des comportements qui ne leur sont pas bénéfiques. Ici, on fait référence au concept de « rationalité limitée » théorisé précédemment par Simon⁵¹.

On observe parfois une différence entre d'une part les valeurs et croyances d'une personne et d'autre part ses actions, son comportement. Une explication à cela repose sur le "*dual process model*" selon lequel le comportement humain est modelé par deux systèmes (Marteau *et al.*, 2011)⁵². Le premier système est réfléchi, axé sur les objectifs de l'individu et guidé par ses valeurs et intentions. Il requiert des capacités cognitives et repose sur un bon accès à l'information. Dans cette configuration, le

⁵⁰ Kahneman D., Amos Tversky. "Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk". *Econometrica*, Vol. 47, No. 2, 1979, pp. 263-291.

⁵¹ Simon H. "*Models of Man*. Social and rational. Mathematical essays on rational human behavior in a social setting". Ed. Wiley, New York, 1957, 287 p.

⁵² Marteau T., Ogilvie D., Roland M., Suhrcke M., Kelly M. "Judging nudging: can nudging improve population health?". *British Medical Journal*, Vol. 342, 2011, pp. 263-265.

changement de comportement est, en théorie, motivé par la perspective de futurs bénéfiques. Cependant, en pratique, ce système est peu efficace à induire un changement de comportement. Le second système est automatique et affectif et ne requiert pas ou peu de compétences cognitives : il dépend des sentiments immédiats de l'individu et est influencé par son environnement. Ainsi, d'un côté, les individus agissent de façon réfléchie, conscients des motivations qui les poussent à agir de sorte à parvenir aux objectifs qu'ils se sont fixés. D'un autre côté, les individus ont des actions non-issues d'une réflexion consciente (Neal *et al.*, 2006)⁵³, résultant d'automatismes déclenchés par des stimuli environnementaux (Marteau *et al.*, 2012)⁵⁴.

Cette dualité est particulièrement observable s'agissant des comportements de santé et peut expliquer pourquoi les comportements défavorables à la santé persistent malgré une bonne information sur les risques que comportent ceux-ci. Une personne qui ferait le choix rationnel d'arrêter de fumer pour préserver sa santé pourrait être amenée à agir en contradiction avec ses valeurs et croyances si elle se retrouvait dans un environnement fumeur. Le stress est également un facteur qui peut entraîner le passage d'un comportement rationnel à un comportement automatique qui guide des actions néfastes pour soi.

II. Induire un changement de comportement : différentes approches

Pour induire un changement de comportement favorable à la santé, on peut recourir à différentes approches, indépendamment les unes des autres ou bien concomitamment : l'approche légaliste autoritaire (**A**), l'approche économique, sujet de notre étude (**B**), l'approche informationnelle et communicationnelle (**C**) ou encore l'approche écologique avec le marketing social et les *nudges* (**D**).

A. Approche légaliste autoritaire

L'approche légaliste autoritaire consiste à utiliser l'instrument législatif et coercitif, à savoir en France les lois, décrets et ordonnances, pour parvenir à ses fins.

S'agissant de la réduction du tabagisme, cette approche a fréquemment été utilisée depuis la loi Veil du 9 juillet 1976, premier texte législatif français à viser les dommages causés par le tabagisme en s'attaquant à la publicité et en imposant le message « abus dangereux » sur les paquets de cigarettes⁵⁵.

⁵³ Neal D., Wood W., Quinn J. "Habits. A repeat performance". *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 15, 2006, pp. 198-202.

⁵⁴ Marteau T., Hollands J., Fletcher P. "Changing Human Behavior to Prevent Disease: The Importance of Targeting Automatic Processes". *Science*, Vol. 337, 2012, pp. 1492-1495.

⁵⁵ Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.

Ces premières mesures ont été renforcées par la loi Evin du 10 janvier 1991 qui a posé le principe de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif et interdit la publicité en faveur du tabac ainsi que les opérations de parrainage liées au tabac⁵⁶. Elle a également imposé l'étiquetage de messages sanitaires dissuasifs sur les paquets de cigarettes tels que « fumer nuit gravement à votre santé » et a interdit la vente de tabac aux moins de 16 ans. Applicable au 1er février 2007, le décret Bertrand est venu définir les lieux clos à usage collectif dans lesquels il est interdit de fumer : transports en commun, établissements de santé, écoles et lieux de travail⁵⁷. Cette mesure a été étendue en 2008 à l'ensemble des bars, restaurants, discothèques, et hôtels, en 2015 aux aires collectives de jeu et en 2016, aux véhicules en présence d'un mineur. En 2009, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a interdit la vente de tabac aux moins de 18 ans⁵⁸. Concernant les hausses successives du prix du tabac, la dernière en date résulte d'un arrêté du 30 mars 2023 portant le prix du paquet de 20 cigarettes à 11€, soit 3,4 fois le prix observé en 2000⁵⁹.

Ainsi, on constate que l'instrument juridique a été fréquemment employé pour tenter de faire diminuer le tabagisme et son efficacité a été certaine bien qu'aujourd'hui il ne semble plus être suffisant.

B. Approche économique

En mobilisant l'approche économique, on cherche à modifier l'arbitrage réalisé par un individu entre deux comportements possibles. Pour cela, l'idée est de lui octroyer une récompense en cas de bon comportement et/ou une sanction en cas de mauvais comportement.

Recourir à cette approche pourrait permettre de corriger les préférences temporelles des fumeurs défavorisés, c'est-à-dire la « manière dont ils valorisent leurs actions et conséquences présentes et futures » (Berlin *et al.*, 2018)⁶⁰. En effet, on sait que le niveau de tabagisme dépend des préférences temporelles des individus : « la décision de fumer implique un compromis intertemporel entre les bénéfices immédiats et les coûts différés, et inversement, la décision d'arrêter implique un compromis intertemporel entre les coûts immédiats et les récompenses ultérieures » (Peretti-Watel *et al.*,

⁵⁶ Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

⁵⁷ Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

⁵⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵⁹ Arrêté du 30 mars 2023 portant homologation des prix de vente au détail des tabacs manufacturés en France, à l'exclusion des départements d'outre-mer.

⁶⁰ Berlin N., Goldzahl L., Jusot F., Berlin I. « Incitations financières chez la femme enceinte fumeuse. Une approche pluridisciplinaire ». *Alcoologie et Addictologie*, 2018, pp. 231-237.

2013)⁶¹. Autrement dit, la décision de de fumer ou non résulte d'un arbitrage entre d'une part la satisfaction momentanée procurée par la cigarette et le renoncement aux efforts qu'exige le sevrage tabagique (utilité présente) et d'autre part l'argent économisé et les bénéfices perçus sur la santé (utilité future). On mobilise ici la théorie de l'échange social selon laquelle les individus, s'ils ont le choix entre deux comportements, adoptent celui dont ils tirent plus de bénéfices que de coûts (Thibaut et Kelley, 1959)⁶².

L'objectif est donc de modifier les préférences temporelles des fumeurs défavorisés en augmentant leurs bénéfices immédiats à l'arrêt du tabac. Pour ce faire, nous proposons de leur délivrer un bénéfice tangible, des incitations financières à l'arrêt du tabac. Il nous paraît plausible que le fait d'octroyer un certain montant aux fumeurs, sous forme d'espèces ou de bons d'achat, entraîne une modification de leur arbitrage en faveur du sevrage tabagique.

Contrairement à l'approche légaliste autoritaire, l'approche économique est très peu utilisée dans la réduction du tabagisme. C'est l'intérêt de cette approche que nous souhaitons étudier dans ce travail.

C. Approche informationnelle et communicationnelle

Une autre stratégie consiste à sensibiliser et donner de l'information aux individus sur les risques liés aux comportements qu'ils ont pour habitude d'adopter mais aussi sur les bénéfices sur leur santé que pourrait entraîner un changement de comportement. C'est là toute la vocation des campagnes de communication de prévention.

Les finalités de ces campagnes sont multiples : modifier les croyances, informer, faire prendre conscience de la dangerosité d'un comportement, dénormaliser un comportement, augmenter la confiance en soi pour changer de comportement, inciter à recourir à des services proposés pour aider au changement de comportement, etc. (Gallopel-Morvan *et al.*, 2019)⁶³. Ainsi, les messages sont adaptés à la finalité recherchée ; ils peuvent être informatifs et éducatifs ou bien émotionnels en cherchant par exemple à susciter de la peur, du dégoût ou au contraire une sensation de bien-être.

Bien que présentant une certaine efficacité, les campagnes de communication ne peuvent tout résoudre. On sait cependant que certains éléments augmentent leur efficacité : mener des campagnes répétées et continues qui soient intégrées dans un programme d'incitation au changement de

⁶¹ Peretti-Watel, *op. cit.*, p. 11.

⁶² Thibaut N., Kelley H. "The social psychology of groups". Coll. New York Wiley, 1959, 313 p.

⁶³ Gallopel-Morvan, *op. cit.*, p. 11.

comportement plus global et développer des campagnes adaptées au public ciblé qui font l'objet de pré-test (Wakefield *et al.*, 2010)⁶⁴.

D. Approche écologique : marketing social et *nudges*

Finalement, il peut être intéressant de chercher à inscrire des actions dans une approche plus globale, dite approche écologique. L'idée est, en plus de recourir aux différentes approches précédemment explicitées, de prendre en compte l'environnement des individus. En effet, les stimuli extérieurs pouvant fortement influencer les décisions des individus, l'objectif est alors de modifier l'environnement de ceux-ci pour induire un changement de comportement (Marteau *et al.*, 2012)⁶⁵.

Le marketing social, qui « consiste à utiliser les techniques du marketing commercial dans l'objectif d'encourager les comportements favorables au bien-être et ou à la santé des individus » (Gallopel-Morvan *et al.*, 2019)⁶⁶, s'inscrit pleinement dans cette démarche en cherchant à comprendre le comportement des individus et leur environnement. Il a été montré que les programmes utilisant ces techniques permettent de faire évoluer les croyances et d'initier des changements de comportement s'agissant d'exercice physique, de consommation d'alcool, de drogues, de tabagisme, de sécurité routière et lutte contre les violences familiales (Gordon *et al.*, 2006⁶⁷; Stead *et al.*, 2007⁶⁸).

L'exemple le plus significatif est celui de Mois sans tabac, dispositif de marketing social qui a pour objectif d'inciter les fumeurs à faire une tentative d'arrêt pendant 30 jours. Ce dispositif cible les fumeurs de 18 à 64 ans et plus spécifiquement les fumeurs défavorisés d'un point de vue socio-économique. En proposant aux participants de réaliser une tentative d'arrêt pendant 1 mois plutôt que de se lancer dans un arrêt définitif, leurs coûts perçus de l'arrêt du tabac sont réduits. En mettant à leur disposition des outils d'aide au sevrage tabagique gratuits et relayés par des partenaires régionaux et locaux, on facilite leur accès et leur adoption du comportement favorable à la santé. En associant au dispositif une campagne de communication de *mass media*, on augmente sa notoriété et donc son expérience. Environ 2,1 millions de tentatives d'arrêt ont été attribuées à Mois sans tabac

⁶⁴ Wakefield M., Loken B., Hornik C. "Use of mass media campaigns to change health behavior". *The Lancet*, No. 376, 2010, pp. 1261-1271.

⁶⁵ Marteau, *op. cit.*, p. 17.

⁶⁶ Gallopel-Morvan, *op. cit.*, p. 11.

⁶⁷ Gordon R., McDermott L., Stead M., Angus K. "The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What's the evidence?". *Public Health*, 2006, pp. 1133-1139.

⁶⁸ Stead M., Gordon R., Angus K., McDermott L. "A systematic review of social marketing effectiveness". *Health Education*, 2007, pp. 126-191.

sur la période 2016-2020 (Guignard *et al.*, 2021)⁶⁹ et l'évaluation économique réalisée par l'OCDE révèle que pour chaque euro investi dans le dispositif, plus de 7 euros sont économisés sur les dépenses de santé du fait de l'arrêt du tabagisme⁷⁰.

Dans cette même démarche écologique, on peut également recourir aux affordances. Inspirés du paternalisme libertarien, les *nudges* sont définis comme « tout aspect lié à l'architecture du choix qui affecte le comportement des individus de manière prévisible sans interdire aucune des options disponibles ni modifier significativement les incitations économiques » (Thaler et Sunstein, 2008)⁷¹.

Cette méthode, parfois qualifiée de « méthode douce », peut être employée pour essayer de déjouer les biais cognitifs humains. Thaler et Sunstein considèrent que le manque de rationalité des individus, lié à des aptitudes cognitives limitées, les empêche de prendre les bonnes décisions pour eux-mêmes. Ceci justifierait que les pouvoirs publics interviennent pour orienter les comportements individuels à l'aide de *nudges* : « Il est légitime d'influencer, comme tentent de le faire les architectes du choix, le comportement des gens afin de les aider à vivre plus longtemps, mieux et en meilleure santé. [...] Nous souhaitons que les institutions publiques et privées s'efforcent délibérément d'aiguiller les individus vers des décisions susceptibles d'améliorer leur qualité de vie » (Thaler et Sunstein, 2008)⁷².

Ainsi, le *nudge*, d'ores et déjà utilisé dans le marketing marchand, peut être un outil utile pour modifier l'environnement des individus de sorte à susciter chez eux des comportements favorables à la santé (Gallopel-Morvan et Crié, 2012)⁷³. On peut donner ici l'exemple du paquet neutre, en circulation obligatoire depuis le 1er janvier 2017. En effet, bien qu'il s'agisse d'une mesure réglementaire initiée par les pouvoirs publics, elle n'a pas de vocation punitive. Avec un fond uni augmentant la visibilité des avertissements sanitaires visuels et textuels chocs, le paquet neutre mobilise l'heuristique d'affect et influence les mécanismes de décision des individus sans pour autant interdire la consommation.

Néanmoins, le *nudging* ne fait pas consensus : alors que certains légitiment son utilisation par la rationalité limitée des individus, d'autres alertent sur son potentiel de manipulation et d'infantilisation des individus : « l'enjeu est celui de la préservation de l'autonomie des choix de l'individu » (Bakoula,

⁶⁹ Guignard R., Andler R., Richard J.-B., Pasquereau A., Quatremère G., Arwidson P., Gallopel-Morvan K., Nguyen-Thanh V. "Effectiveness of 'Mois sans tabac 2016', a French social marketing campaign against smoking". *Tobacco Induced Diseases*, 2021, pp.19-60.

⁷⁰ Santé publique France. « Première évaluation économique de Mois sans tabac : un dispositif jugé efficace et qui génère des économies de santé ». Communiqué de presse, Saint-Maurice, 16 juin 2023, 2 p.

⁷¹ Thaler R., Sunstein C. "Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness". Yale University Press, 2008, 293 p.

⁷² *Ibid.*

⁷³ Gallopel-Morvan K., Crié D. « Marketing social et nudge. Comment changer les comportements en santé ? ». EMS Editions, Coll. Ad Salutem, 2012, 382 p.

2012)⁷⁴. D'autres encore s'opposent plus frontalement au paternalisme libertarien en promouvant l'apprentissage de la conscience des risques aux individus plutôt que le *nudging* (Gigerenzer, 2015)⁷⁵. Cet apprentissage devrait commencer tôt pour prévenir l'entrée dans le tabagisme des jeunes personnes et leur permettrait de prendre des décisions en toute connaissance de cause, sans risque de manipulation.

De plus, la preuve que le *nudging* réussirait à lui seul et sur le long terme à améliorer l'état de santé de la population et à diminuer les inégalités de santé semble faible (Marteau *et al.*, 2011)⁷⁶. En effet, pour que les *nudges* produisent leurs effets escomptés, une réglementation parallèle paraît nécessaire : on privilégie les stratégies d'action mixtes (Loewenstein et Chater, 2017)⁷⁷.

En somme, il est pertinent d'appréhender le *nudge* dans une démarche écologique comme un outil supplémentaire à disposition des politiques publiques, outil à combiner avec d'autres dispositifs, en complément d'approches plus traditionnelles, et à manier avec précaution pour éviter les risques éthiques qu'il comporte (Gallopel-Morvan et Crié, 2012)⁷⁸.

⁷⁴ Bakoula B. « La théorie du *nudge* et l'économie comportementale au service de la prévention ». Dans « Marketing social et nudge. Comment changer les comportements de santé ? ». EMS Editions, Coll. Ad Salutem, 2012, 382 p.

⁷⁵ Gigerenzer G. "On the Supposed Evidence for Libertarian Paternalism". *Review of Philosophy and Psychology*, 2015, pp. 362-383.

⁷⁶ Marteau, *op. cit.*, p. 16.

⁷⁷ Loewenstein G., Chater N. "Putting nudges in perspective". *Behavioural Public Policy*, 2017, pp. 26-53.

⁷⁸ Gallopel-Morvan, *op. cit.*, p. 21.

MATÉRIEL & MÉTHODE

Cette recherche a abouti à la production de résultats, à la fois théoriques et empiriques. Ces résultats sont issus de 4 techniques de collecte de données différentes : revue de littérature (I), entretiens qualitatifs de groupe (II), entretiens qualitatifs individuels (III) et observation participante (IV).

I. Revue de littérature

La revue de littérature réalisée est une revue narrative aussi appelée revue de littérature « classique » c'est-à-dire un état des connaissances, une vue d'ensemble de la littérature scientifique publiée sur notre sujet d'étude. Il ne s'agit pas d'une revue systématique : la liste des articles sélectionnés est non-exhaustive. En effet, les contraintes temporelles encadrant la réalisation de ce travail n'ont pas permis l'examen de l'ensemble des articles publiés à ce sujet (plusieurs centaines).

Les recherches ont débuté en mars 2023. Elles ont été effectuées sur les bases de données *Pubmed*, *Cochrane database of systematic reviews* et *Health Evidence*. Mon choix s'est porté sur celles-ci en raison de leur notoriété dans la sphère scientifique : ce sont celles principalement utilisées par les chargés d'études de Santé publique France et celles qu'ils m'ont recommandé de consulter. En complément de ces bases, des recherches ont été menées sur Cairn, portail web consacré aux sciences humaines et sociales, ainsi que sur le moteur de recherche *Google Scholar*.

La recherche a porté sur des expressions se rapportant respectivement au type d'intervention (*financial incentives to change behavior*), aux interventions de ce type visant à réduire la prévalence tabagique (*financial incentives for smoking cessation, competitions for smoking cessation, lottery for smoking cessation*), à leur efficacité (*effectiveness of financial incentives for smoking cessation*), à la population considérée (*financial incentives for smoking cessation in low-income smokers*) et aux enjeux en présence (*ethics of financial incentives, acceptability of financial incentives*).

Concernant les critères de sélection et d'inclusion des articles à la revue, ils ont été nombreux. Pour commencer, j'ai privilégié les méta-analyses en raison de leur puissance statistique : compiler plusieurs études permet d'augmenter le nombre de participants et donc la probabilité de trouver un résultat significatif. De plus, les méta-analyses exploitées dans ce travail sont des revues systématiques, ce qui m'a permis d'avoir une large connaissance des articles publiés sur mon sujet d'intérêt. La grande majorité des études intégrées à la revue ont suivi la méthode *gold standard* de

l'essai contrôlé randomisé, permettant d'établir avec plus d'assurance un lien de causalité entre l'intervention et son efficacité.

Par ailleurs, les articles sélectionnés ont été publiés entre 2010 et 2022 avec une attention accentuée sur ceux publiés depuis 2018 du fait de leur actualité récente. Pour m'assurer de la solidité scientifique et méthodologique des résultats publiés, j'ai pris en compte la durée de l'intervention (minimum 6 mois), le nombre de participants et le pays dans lequel a été conduite l'étude. En effet, il était intéressant de s'attacher à trouver des articles portant sur des études réalisées en France afin d'envisager une meilleure reproductibilité des résultats dans le contexte socio-culturel français. Cependant, en raison de leur faible nombre, j'ai élargi mes recherches à l'ensemble des pays ayant un niveau de développement économique comparable. Initialement, je souhaitais identifier les études dans lesquelles les incitations financières sont ciblées sur les fumeurs défavorisés d'un point de vue socio-économique mais leur nombre étant trop restreint, j'ai élargi mes recherches à l'ensemble des fumeurs dont les femmes enceintes qui ont fait l'objet de nombreuses études. Enfin, j'ai également pris en compte le degré d'innovation des interventions proposées. Ainsi, dans certains cas le nombre de participants est relativement faible mais j'ai estimé que la proposition méritait d'être étudiée en raison de son caractère novateur.

Concernant l'analyse de ce corpus, elle a été réalisée selon une méthode thématique illustrée par la réalisation d'un tableur Excel (annexe n°1). Les articles sélectionnés ont donc été lus et analysés de façon approfondie de telle sorte que l'on puisse apprécier entre elles les interventions testées et leurs effets sur le sevrage tabagique pour pouvoir ensuite argumenter sur les modalités de mise en œuvre nous paraissant les plus pertinentes à retenir.

Il est possible d'identifier une limite concernant la sélection des articles étant entendu que la revue n'est pas systématique. Néanmoins, il est plausible de penser que les résultats obtenus ne seraient pas nécessairement très différents si la revue avait été systématique car, sans procéder à une lecture entière, j'ai parcouru un grand nombre de résumés d'articles qui se sont avérés concordants.

En parallèle de la littérature scientifique, la littérature grise a été consultée, les articles de presse notamment, bien qu'elle ne soit pas très abondante sur le sujet^{79 80 81 82}.

II. Entretiens qualitatifs de groupe

En mars 2022, alors que Santé publique France constatait une baisse des inscriptions à Mois sans tabac et du recours aux différents outils de sevrage tabagique mis à disposition, l'Agence a organisé des entretiens de groupe afin d'une part, d'amener des fumeurs à imaginer des dispositifs qui pourraient les inciter à arrêter de fumer, et d'autre part de tester plusieurs idées qui avaient émergé d'un *brainstorming* entre professionnels de la prévention du tabagisme.

L'échantillon de participants a été constitué par Kantar Public, alors prestataire de Santé publique France. Trois groupes composés de 8 à 10 participants ont été formés. Les participants, âgés de 25 à 55 ans et habitant en région parisienne, étaient tous des fumeurs ayant l'intention d'arrêter de fumer. Une diversité de profils a été recherchée concernant le nombre de tentatives d'arrêt réalisées au cours de leur vie et leur participation à Mois sans tabac. Il s'agissait de fumeurs défavorisés d'un point de vue socio-économique : faiblement ou non diplômés, percevant de faibles revenus et/ou appartenant à une catégorie socio-professionnelle défavorisée. Sur les trois groupes constitués, le premier était composé exclusivement de femmes, le deuxième exclusivement d'hommes et le troisième était mixte, faisant office de groupe contrôle. En effet, Kantar Public a estimé préférable de séparer les hommes et les femmes en raison du possible risque de ne pas obtenir les mêmes résultats en mixité (risque de compétition des genres et/ou forme de séduction).

Les entretiens se sont déroulés en présentiel les 21, 22 et 23 février 2022 à Paris. D'une durée de 3h00 chacun, ils ont été animés par une consultante de Kantar Public. Le guide d'entretien suivait une logique en trois temps : la première partie visait à comprendre la consommation de tabac des participants (pourquoi ils fumaient et pourquoi ils n'arrivaient pas à arrêter), la deuxième partie était un atelier leur laissant le temps et l'espace d'imaginer une intervention qui pourrait les aider à arrêter de fumer et la troisième partie a permis de tester quatre idées soumises par les professionnels de la

⁷⁹ Roger E. « Faut-il vraiment donner de l'argent aux femmes enceintes pour qu'elles arrêtent de fumer ? ». *Le Parisien*, 8 décembre 2021.

⁸⁰ Goldzahl L., Jusot F., Berlin I., Berlin N. « Et si on récompensait l'arrêt du tabac ? ». *Libération*, 6 décembre 2021.

⁸¹ Prigent A. « L'incitation financière en santé publique, arme négligée ou fausse bonne idée ? ». *Le Figaro*, 2 janvier 2022.

⁸² « Grossesse et tabac : les incitations financières multiplient par deux le niveau d'abstinence ». *The Conversation*, 26 janvier 2022.

prévention du tabagisme (challenge d'arrêt court, application de *pairing*, concert/festival autour de l'arrêt du tabac, incitations financières à l'arrêt du tabac). Les entretiens ont fait l'objet d'une prise de notes et de la rédaction d'une note de synthèse transversale par le prestataire Kantar Public.

Concernant l'analyse de ces entretiens, elle a été thématique et réalisée sur la base d'un tableur Excel (annexe n°2)⁸³. N'ayant pas contribué à la rédaction du guide d'entretien et n'ayant pas été présente lors de l'animation des entretiens, les thèmes identifiés ont émergé à la lecture des retranscriptions et à l'occasion de l'entretien qualitatif mené avec la professionnelle de Santé publique France qui a conçu ces groupes de discussion.

On peut identifier deux limites à l'utilisation de ce matériel dans le cadre de ce travail. Premièrement, il s'agit d'une analyse secondaire réalisée sur le fondement de retranscriptions et d'un entretien qualitatif réalisé avec la conceptrice des entretiens. Deuxièmement, l'échantillon réuni reste relativement limité en nombre (30 fumeurs), ce qui nous empêche de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des fumeurs défavorisés d'un point de vue socio-économique.

III. Entretiens qualitatifs individuels

Afin de compléter les résultats obtenus grâce à la revue de littérature et aux entretiens de groupe, j'ai réalisé deux entretiens qualitatifs individuels. Le premier entretien a été mené avec Justine Avenel, la conceptrice des entretiens de groupe afin d'en apprendre davantage sur leurs finalités, modalités d'organisation et sur les données recueillies. Le second entretien a eu lieu avec Fabrice Gzil, codirecteur de l'Espace éthique d'Ile-de-France et Professeur à l'EHESP. L'objectif était de bénéficier d'un regard extérieur et expert sur un sujet dont les enjeux éthiques sont prégnants.

Les deux entretiens ont été précédés de la réalisation de guides d'entretiens semi-structurés (annexes n°3 et n°5). S'agissant du premier entretien, le contenu du guide a été élaboré sur la base de la note de synthèse transversale rédigée par Kantar Public ainsi que sur mon journal de terrain à Santé publique France. S'agissant du second entretien, les questions composant le guide se sont essentiellement fondées sur la lecture de la littérature qui m'a permis d'identifier les principaux risques relatifs aux enjeux éthiques d'une intervention en santé publique.

Le premier entretien a eu lieu en présentiel le 6 juin 2023. D'une durée de 48 minutes, il a donné lieu à un enregistrement audio et à une retranscription intégrale (annexe n°4). Le second entretien a eu

⁸³ Paillé P., Mucchielli A. « L'analyse thématique ». Dans « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales ». Éd. Armand Colin, 5e éd., 2021, 496 p.

lieu en présentiel le 13 juin 2023. D'une durée de 53 minutes, il a donné lieu à un enregistrement audio et à une retranscription intégrale (annexe n°6). Opter pour des entretiens semi-directifs a permis d'orienter l'échange tout en conservant une certaine souplesse dans la conversation.

J'ai également bénéficié d'un entretien téléphonique informel d'une durée de 25 minutes le 11 août 2023 avec Frédéric Proux, pharmacien d'officine et Président du Pôle Ressource Addictions HEMERA 21. Dans ce cadre, il est amené à informer, former et venir en soutien du dispositif d'appui à la coordination du territoire (DAC 21) et de l'ensemble des professionnels de santé du département pour toute question relative à la prise en charge des personnes souffrant d'addictions. Préparé en amont via un guide d'entretien (annexe n°7), cet appel a donné lieu à une simple prise de notes.

L'analyse des entretiens a été thématique, approfondie et menée dans une démarche compréhensive⁸⁴. La limite essentielle opposable à ce travail se rapporte aux limites classiques de la méthode qualitative, à savoir la part de subjectivité liée à une interaction humaine, qui plus est pour le premier entretien avec ma maîtresse d'apprentissage, et celle liée à une interprétation propre. Néanmoins, cette subjectivité a été lissée grâce à la méthode d'analyse thématique.

IV. Observation participante

En complément de ces trois premiers matériaux, je me suis fondée sur le journal de terrain et « d'étonnement » que j'ai tenu pendant les 8 mois qu'a duré mon contrat d'apprentissage à Santé publique France. Il contient des notes d'observation prises sur la base de diverses réunions auxquelles j'ai participé (réunions hebdomadaires de l'Unité Addictions, réunions scientifiques de la Direction de la promotion et de la prévention de la santé, présentation des résultats des campagnes terminées, points réguliers avec les agences créatives et d'achats médias, etc.) mais aussi sur la base d'échanges informels que j'ai eu l'occasion d'avoir avec d'autres agents.

J'ai également assisté à des séminaires et ateliers organisés plus spécifiquement sur la question des enjeux éthiques des interventions en santé publique comme par exemple une édition du format « Jeudi de Santé publique France » intitulée « Équité en santé et universalisme proportionné : concrètement, quelle traduction à Santé publique France ? ».

L'observation participante m'a permis d'obtenir des informations auxquelles je n'aurais pas eu accès dans un cadre plus strict et ainsi d'enrichir ma réflexion.

⁸⁴ Paillé, *op. cit.*, p. 26.

REVUE DE LITTÉRATURE

Dans cet état des connaissances scientifiques sur les incitations à l'arrêt du tabac, nous commencerons par aborder les concours, incitations sans garantie de gain en cas de sevrage (I), puis nous nous concentrerons sur les incitations financières garanties en cas de sevrage (II). Nous terminerons par soulever des questionnements relatifs à la philosophie de ce type d'intervention, propres notamment à ses enjeux éthiques et à son acceptabilité par la population générale (III).

I. Les incitations à l'arrêt du tabac sans garantie de gain en cas de sevrage : les concours

Le concours est une intervention qui offre aux participants, qu'ils soient seuls ou en équipe, une possibilité, mais pas une garantie, de gagner une récompense. Le gain est alors de nature hypothétique et aléatoire. L'utilisation de ce type de procédé a été envisagée pour inciter des fumeurs à modifier leur comportement. Le principe est de donner une bonne raison aux fumeurs qui ont envie d'arrêter de fumer mais qui ont tendance à repousser cet arrêt de s'engager dans cette démarche. Ici, on émet l'hypothèse que le fait pour un fumeur de savoir qu'il y aura peut-être un prix à la clef peut l'encourager à arrêter la consommation de tabac. Après avoir présenté les différents types de concours existants (A), nous discuterons de leur efficacité à induire un sevrage tabagique (B).

A. Divers types de concours

Lorsqu'ils sont utilisés en tant qu'incitation à l'arrêt du tabac, les concours peuvent prendre plusieurs formes. Parmi les expérimentations menées, on identifie notamment les concours par équipe, les loteries et les *Quit & Win* (arrêter et gagner). Dans le cas des concours par équipe, des groupes de fumeurs s'affrontent et celui dont le plus grand nombre de membres a arrêté de fumer remporte un prix. On joue ici sur le mécanisme d'entraînement collectif et de solidarité comme levier motivationnel à l'arrêt du tabac. Dans le cas des loteries, tirages au sort et autres tombolas, seuls les individus qui présentent un test négatif attestant de leur sevrage tabagique ont le droit d'acheter un ticket pour y participer. Les lots pouvant être remportés vont de simples bons d'achat, aux vacances, voitures, bateaux, etc. Les *Quit & Win*, concours de référence s'agissant de l'arrêt du tabac, reposent sur le même principe mais sont de plus grande ampleur puisqu'ils peuvent se tenir à l'échelle internationale. Le dernier en date organisé par l'OMS en 2006 a réuni 700 000 participants initialement fumeurs issus de 84 pays différents.

En théorie, le changement de comportement ne peut avoir lieu que si le prix à remporter est suffisamment attrayant pour inciter les fumeurs à participer au concours et compenser les difficultés à l'arrêt qu'ils pourraient rencontrer. En pratique, il semblerait que les fumeurs préfèrent concourir lorsque les récompenses proposées sont importantes bien qu'hypothétiques plutôt que lorsque les récompenses sont petites mais qu'ils sont sûrs d'y avoir accès ce qui s'explique par l'envie de gagner quelque chose dont la valeur est proportionnelle à la difficulté rencontrée pour arrêter de fumer (Haisley, 2008⁸⁵ ; Kivetz, 2003⁸⁶). Ainsi, plus les chances de gagner sont faibles et plus les fumeurs préfèrent prétendre à de grosses récompenses (Stuart, 2016)⁸⁷.

B. Résultats : Quelle efficacité des concours à induire un sevrage tabagique ?

Dans leur méta-analyse publiée en 2019, Fanshawe *et al.*, ont compilé les résultats obtenus dans diverses études où était évaluée l'efficacité des concours à induire le sevrage tabagique en population générale de fumeurs⁸⁸. L'abstinence tabagique des individus est mesurée par test biochimique 6 mois après leur participation à un concours.

Concernant les concours par équipe, aucune des études menées (5 études, 915 participants) ne met en avant un meilleur taux de sevrage tabagique dans les groupes de fumeurs ayant participé à un concours de ce type que dans les groupes de fumeurs présentant les mêmes caractéristiques mais n'y ayant pas participé.

Pour ce qui est des loteries, les études menées (10 études, 6 298 participants) révèlent des résultats tout aussi décevants en ne démontrant pas que les groupes ayant participé à une loterie comportent plus d'anciens fumeurs que les groupes n'y ayant pas participé.

S'agissant des *Quit & Win*, les résultats des études (5 études, 4 282 participants) pourraient être légèrement plus positifs : le taux de sevrage tabagique à 6 mois est plus important dans les groupes ayant participé à un concours de ce type (16,9%) que dans les groupes n'y ayant pas participé (4%). Cependant, les auteurs de la méta-analyse appellent à la prudence dans l'appréhension de ces résultats car les études y aboutissant ne sont pas toutes suffisamment robustes du point de vue de

⁸⁵ Haisley E. "The appeal of lotteries and their use in incentive design". Doctoral thesis, Tepper School of Business, Carnegie Mellon University, 2008, 163 p.

⁸⁶ Kivetz R. "The effects of effort and intrinsic motivation on risky choice." *Marketing Science*, Vol. 22, No. 4, 2003, pp. 477-502.

⁸⁷ Stuart LC. "Behavioral economics: lessons for lotteries". *Public Gaming International*, November-December 2016, pp. 4-62.

⁸⁸ Fanshawe TR., Hartmann-Boyce J., Perera R., Lindson N. "Competitions for smoking cessation". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019, 58 p.

leur construction méthodologique (ce ne sont pas toutes des essais contrôlés randomisés). Ainsi, il semble impossible de conclure positivement ou négativement à l'efficacité des concours de type *Quit & Win* sur le sevrage tabagique. En pratique, les auteurs estiment que moins d'1 fumeur sur 500 aurait arrêté de fumer grâce à un *Quit & Win*. Il conviendrait de mener de nouvelles études, méthodologiquement plus solides, pour pouvoir aboutir à des résultats étayés. De plus, il serait intéressant de connaître l'efficacité de ce type d'intervention en fonction des différentes populations de fumeurs (nationalité, statut socio-économique, etc.).

De manière générale et en plus de la faible qualité des preuves scientifiques rapportées quant à l'efficacité de ce type d'intervention, on peut avancer deux limites potentielles à l'utilisation des concours comme incitation à l'arrêt du tabac. Premièrement, la dimension hypothétique et aléatoire de l'issue du concours pourrait fortement dissuader les fumeurs d'y participer. Deuxièmement, pour les fumeurs qui décideraient malgré cela d'y participer, il existe un risque de déception en cas d'issue défavorable, déception dont la conséquence pourrait être la rechute tabagique. L'effet du concours serait alors contre-productif.

II. Les incitations à l'arrêt du tabac avec garantie de gain en cas de sevrage : les incitations financières

Les incitations financières ont vocation à modifier l'arbitrage que font les fumeurs entre d'une part la satisfaction immédiate liée à l'action de fumer et d'autre part la crainte d'effets négatifs sur leur santé qui pourraient survenir à long terme. Nous passerons en revue les différentes modalités d'incitations financières **(A)**, les différentes populations de fumeurs à qui elles peuvent s'adresser **(B)** et ce dans différents contextes **(C)** avant de nous pencher sur l'évaluation de leur efficacité à induire un sevrage tabagique **(D)**.

A. Diverses modalités d'incitations financières

Dans les études scientifiques publiées, les incitations financières prennent plusieurs formes. Nous décrivons successivement les trois modalités principales qui émergent dans la littérature : les incitations financières dites « classiques », les incitations financières délivrées en échange de l'utilisation d'un outil de sevrage tabagique et les incitations financières liées aux économies du coût du tabac.

Dans le premier cas, les incitations financières sont dites « classiques » car elles sont directes en sans contrepartie si ce n'est celle de la présentation d'un test négatif apportant la preuve de l'abstinence

tabagique. Elles peuvent prendre diverses formes (espèces ou bons d'achat), différents montants (allant de quelques dizaines de dollars/livres sterling/euros à plusieurs centaines), être ou non à destination de biens spécifiques (alimentation, matériel de puériculture, etc.), être octroyées à intervalles réguliers et avec un montant progressif permettant de récompenser les abstinents tabagiques sur le long terme ou bien être octroyées en une seule fois à la fin du programme.

Dans le deuxième cas, celui des incitations financières délivrées en échange de l'utilisation d'un outil de sevrage tabagique, le principe est de récompenser les fumeurs qui appellent une ligne téléphonique de conseil et de motivation à l'arrêt du tabac, qui participent à des séances d'information sur le sevrage ou bien qui se rendent à des consultations de tabacologie. Dans cette configuration, les récompenses financières ont un rôle indirect : elles incitent les fumeurs qui souhaitent les percevoir à recourir à un outil d'aide à l'arrêt du tabac, outil dont l'efficacité a déjà été démontrée.

Dans le troisième cas, le principe de l'intervention est très différent. Les fumeurs en sevrage ouvrent un compte bancaire sur lequel ils déposent régulièrement et pendant six mois l'argent qu'ils auraient dépensé en tabac. Ils choisissent le montant déposé mais la somme est bloquée jusqu'à l'échéance des six mois, tout retrait est impossible. À l'issue des six mois, si la personne présente un test négatif démontrant son abstinence tabagique, elle peut récupérer l'argent déposé sur le compte. À noter qu'aucun intérêt n'est perçu sur cette somme afin d'éviter la survenue d'un effet d'aubaine qui consisterait pour des non-fumeurs à penser ce dispositif comme un placement financier et donc à les inciter à fumer pour en bénéficier. En revanche, si la personne présente un test positif démontrant qu'elle a fumé, le compte bancaire est clôturé et l'argent déposé est reversé à un organisme caritatif. Cette dernière modalité d'incitation est qualifiée de « financière » car de l'argent est en jeu. Cependant, il n'y a pas de gain financier à proprement parler pour le participant dans la mesure où il ne peut récupérer une plus grosse somme que celle qu'il a déposée et ce, dans le meilleur des deux cas.

B. Des incitations financières délivrées à différentes populations de fumeurs

À la lecture de la littérature, on identifie des sous-populations de fumeurs auxquelles sont proposées des incitations financières à l'arrêt du tabac. En effet, selon les études, les incitations financières sont délivrées en population générale, aux femmes enceintes ou bien aux personnes défavorisées percevant un faible niveau de revenus. Le ciblage de ces deux sous-populations de fumeurs s'explique par l'existence d'enjeux majeurs relatifs à leur statut tabagique.

Ceci est particulièrement vrai s'agissant des femmes enceintes fumeuses. En 2017, le Baromètre Santé indiquait que 24,7% des Françaises enceintes fumaient occasionnellement pendant leur grossesse dont 22,3% fumaient quotidiennement⁸⁹. Or, fumer pendant la grossesse fait peser de nombreux risques sur la santé de la femme mais aussi, en répercussion, sur celle de l'enfant à naître. Les femmes enceintes fumeuses sont donc une catégorie de population à haut risque. Malheureusement, les études n'ont pas rapporté de preuve suffisante démontrant l'efficacité des traitements de substitution nicotinique à aider les femmes enceintes à parvenir au sevrage tabagique (Coleman *et al.*, 2011⁹⁰, 2012⁹¹) et ont mis en avant une efficacité cliniquement insignifiante des interventions allant du conseil à la prise en charge cognitivo-comportementale des femmes enceintes (Lumley *et al.*, 2009)⁹². On peut espérer que les incitations financières connaissent un plus grand succès.

Outre les femmes enceintes, les études portent aussi, mais plus rarement, sur les fumeurs défavorisés et notamment sur les fumeurs percevant un faible niveau de revenus. Cela s'explique par les difficultés à l'arrêt rencontrées spécifiquement par cette sous-population de fumeurs (usage « anxio-lytique » de la cigarette, norme pro-tabac installée dans l'environnement du fumeur, méconnaissances des outils d'aide à l'arrêt du tabac, etc.). Elles font l'hypothèse que les incitations financières seraient efficaces sur ces fumeurs fragiles économiquement.

Dans certaines études, ce sont les professionnels de santé eux-mêmes qui ont reçu des incitations financières pour faire la prévention du tabac auprès de leurs patients.

C. Des incitations financières délivrées dans différents contextes

Dans la plupart des expérimentations menées, les fumeurs reçoivent une incitation financière dans un contexte médical : centres communautaires de santé, centres de toxicomanie, *NHS Stop Smoking Services*, maternités s'agissant des femmes enceintes, etc. Le financement de l'intervention est alors public.

⁸⁹ Andler R., Cogordan C., Richard JB., Demiguel V., Regnault N., Guignard R., Pasquereau A., Nguyen-Thanh V. « Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse ». Saint-Maurice : Santé publique France, 2018, 9 p.

⁹⁰ Coleman T., Chamberlain C., Cooper S., Leonardi-Bee J. "Efficacy and safety of nicotine replacement therapy for smoking cessation in pregnancy: systematic review and meta-analysis". *Addiction*, 2011 pp.52-61.

⁹¹ Coleman T., Cooper S., Thornton JG., Matthew MD., Grainge J., Watts K., Britton J., Lewis S. "A randomized trial of nicotine-replacement therapy patches in pregnancy". *New England Journal of Medicine*, 2012, pp. 366-808.

⁹² Lumley J., Chamberlain C., Dowswell T., Olivier S., Oakley L., Watson L. "Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy". *Cochrane Database Systematic Review*, 2009, 124 p.

Dans d'autres cas, moins nombreux, les fumeurs reçoivent une incitation financière à l'arrêt du tabac dans un contexte professionnel. Ce sont les employeurs qui la délivrent à leurs salariés. Cette configuration peut paraître surprenante mais s'explique par le fait que les entreprises subissent elles aussi les conséquences négatives du tabagisme de leurs employés, que cela soit en termes de productivité (temps passé en pause cigarette) ou d'absentéisme. Un fumeur a 31% de risque supplémentaire d'absentéisme au travail qu'un non-fumeur et est absent pour cause de maladie liée à son tabagisme en moyenne 2,9 jours par an de plus qu'un non-fumeur (Troelstra *et al.*, 2019)⁹³. Ainsi, la réduction du tabagisme a des avantages pour l'employé qui est en meilleure santé mais aussi pour l'employeur. La justification du financement privé d'une telle intervention repose donc sur le fait qu'il serait « rentable » pour l'employeur de mettre en place ce dispositif dans son entreprise.

D. Résultats : Quelle efficacité des incitations financières à induire un sevrage tabagique ?

Nous aborderons successivement les résultats d'efficacité des incitations financières à induire un sevrage tabagique selon leurs modalités de délivrance : incitations financières « classiques » (1), en échange de l'utilisation d'un outil de sevrage (2) ou bien liées aux économies du coût du tabac (3). Nous évoquerons ensuite la question de la transposabilité des résultats obtenus (4) et l'évaluation du coût-efficacité de l'intervention (5).

1. Les incitations financières « classiques »

L'objectif premier de la méta-analyse de Notley *et al.*, qui agrège les résultats de 33 études menées sur un échantillon de 19 000 participants, est de déterminer si les incitations financières permettent de réduire la prévalence tabagique sur le long terme⁹⁴. Les résultats suggèrent qu'il existe une forte certitude que les incitations financières améliorent le taux de sevrage tabagique en population générale. Ainsi, six mois après le début de l'intervention, les individus ayant reçu une récompense financière sont plus susceptibles d'avoir arrêté de fumer que ceux qui n'en ont pas reçu.

De plus, il semble que le sevrage tabagique perdure dans le temps, même une fois que la récompense financière n'est plus octroyée comme en attestent les résultats d'études intégrées à la méta-analyse et menées sur le long terme (test biochimique des participants à 6, 12, 18 et 24 mois). On pourrait penser que l'abstinence tabagique cesserait avec la fin des incitations financières mais les auteurs

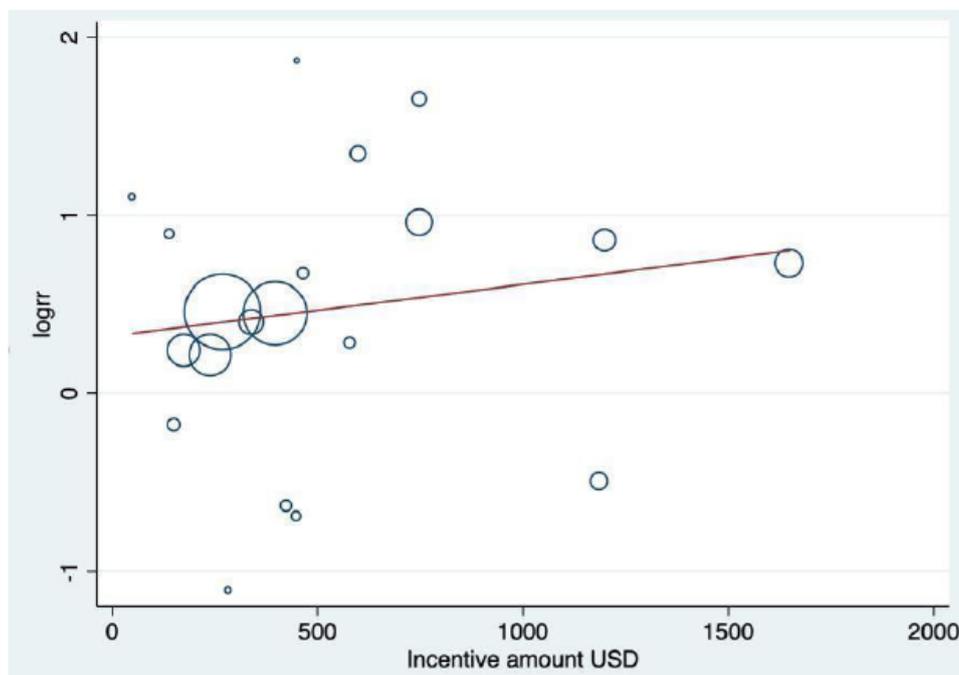
⁹³ Troelstra S. A., Coenen P., Boot C. R., Harting J., Kunst A. E., van der Beek A. J. "Smoking and sickness absence: a systematic review and meta-analysis". *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2019, pp. 15-18.

⁹⁴ Notley C., Gentry S., Livingston-Banks J., Bauld L., Perera R., Hartmann-Boyce J. "Incentives for smoking cessation (Review)". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019, 125 p.

démentent cette idée en faisant l'hypothèse qu'une fois les premières semaines voire les premiers mois de sevrage passés, les individus s'adaptent à ce changement de comportement et ont moins besoin d'être incités à continuer en ce sens. Ainsi, les incitations financières constitueraient un levier d'action utile pour passer le cap des débuts difficiles mais elles ne seraient plus essentielles par la suite, le risque de rechute diminuant avec le temps passé sans fumer.

Par ailleurs, l'objectif secondaire de la méta-analyse est de déterminer le montant optimal de l'incitation pour en garantir l'efficacité sur le sevrage tabagique. L'enjeu ici est d'estimer le meilleur coût-efficacité de l'intervention. Parmi les 33 études intégrées à l'analyse, les montants varient de moins de 100\$ à plus de 1500\$. En pratique et comme on peut l'observer sur le graphique ci-après, il n'a été mesuré aucune différence notable de résultat en fonction du montant de l'incitation financière : qu'elle soit de moins de 100\$ ou de plus de 700\$, les résultats obtenus semblent similaires.

Figure 3. Exploratory meta-regression testing association between incentive amount and effect estimate



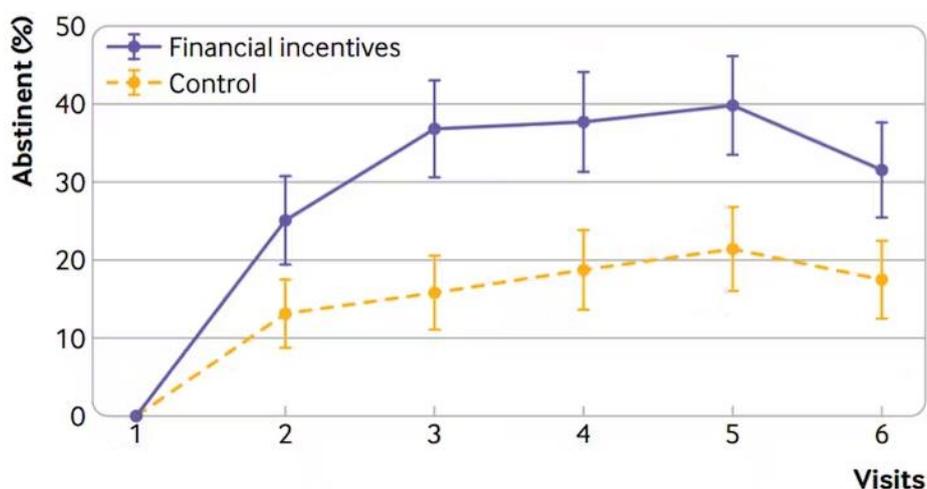
Ainsi, cela nous laisse supposer qu'il n'est pas indispensable de proposer une somme très importante pour donner envie d'enclencher une démarche de sevrage.

Dans la même publication, les auteurs agrègent les résultats de 10 études auxquelles ont participé plus de 2 570 femmes enceintes fumeuses (Notley *et al.*, 2019)⁹⁵. Dans les expérimentations menées, les incitations financières prennent la forme d'espèces ou de bons d'achat dont la valeur augmente la plupart du temps en fonction de la durée d'abstinence tabagique de la femme. Si celle-ci

⁹⁵ *Ibid.*, p. 33.

rechute ou manque une visite de contrôle, le bon d'achat revient à sa valeur initiale. Il ré-augmente si elle est abstinente à nouveau aux visites suivantes. Des résultats de la méta-analyse ressort l'existence d'un degré de certitude modéré que les incitations délivrées aux femmes enceintes améliorent le taux de sevrage tabagique mesuré en fin de grossesse et en *post-partum*. En effet, il semblerait que les femmes enceintes ayant reçu une récompense financière soient plus susceptibles d'avoir arrêté de fumer que celles qui n'en ont pas reçu, pendant la grossesse et après l'accouchement, mais ces résultats sont à appréhender avec prudence en raison de l'existence de biais méthodologiques dans la construction des études.

En parallèle de ces résultats anglo-saxons, une étude française a été élaborée sur le sujet. Dans leur article publié en 2021, Berlin *et al.*, étudient l'efficacité de l'intervention qui a consisté à délivrer à 231 femmes enceintes fumeuses une incitation financière sous forme de bons d'achat valables dans divers magasins et d'un montant progressif pouvant aller jusqu'à un total de 520€ pour les femmes n'ayant pas fumé pendant tout le reste de leur grossesse⁹⁶. Les résultats de l'essai montrent 16,45% des femmes ayant bénéficié d'une incitation financière ont arrêté de fumer contre seulement 7,42% des femmes n'en ayant pas bénéficié. Comme on l'observe sur le graphique ci-après, l'abstinence tabagique est plus élevée dans le groupe de femmes ayant bénéficié de l'incitation que dans le groupe n'en ayant pas bénéficié, et ce à chaque visite de contrôle à la maternité.



Prévalence ponctuelle du taux d'abstinence tabagique par visite. Modèle logistique à effets mixtes : odds ratio 4,61 (intervalle de confiance à 95 % de 1,41 à 15,01), P=0,011. Les moustaches représentent les intervalles de confiance à 95 %.

En corollaire, on a observé que la diminution du nombre de femmes enceintes fumeuses du fait de l'incitation financière avait permis une diminution de certains problèmes néonataux (convulsions,

⁹⁶ Berlin I., Berlin N., Malecot M., Breton M., Jusot F., Goldzahl L. "Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: multicentre randomised controlled trial". *British Medical Journal*, 2021, 10 p.

malformations, décès). Le poids de naissance des bébés dont les mères faisaient partie du groupe d'intervention était également plus élevé (supérieur à 2 500g). Néanmoins, cette tendance n'a pas été observée s'agissant de la prématurité qui est restée constante dans les deux groupes. La principale limite opposable à cette étude est l'absence de suivi du statut tabagique des femmes une fois l'accouchement passé. On ne sait pas si elles ont rechuté et donc si l'intervention est efficace sur le long terme.

Une étude très récente confirme ces résultats (Tappin *et al.*, 2022)⁹⁷. Dans cette expérimentation, 944 femmes enceintes fumeuses âgées de 16 ans et plus ont participé à un programme d'aide au sevrage tabagique développé par les *NHS Stop Smoking Services* en Écosse, en Irlande du Nord et en Angleterre. La moitié de ces femmes a reçu des outils d'aide à l'arrêt du tabac proposés par les *NHS Stop Smoking Services* tandis que l'autre moitié a reçu, en plus de ces outils classiques, des bons d'achat valables dans de nombreux magasins délivrés en 4 fois et d'un montant progressif allant au total jusqu'à 400£. Les résultats des tests passés avant la fin de la grossesse révèlent que 26,8% des femmes ayant reçu une incitation financière ont arrêté de fumer pendant leur grossesse contre 12,3% des femmes n'en ayant pas reçu. On constate donc que le taux de sevrage tabagique est multiplié par 2 dans l'intervention avec incitations financières. De plus, on observe une augmentation de 10% du poids de naissance des nouveau-nés dont les mères ont arrêté de fumer pendant la grossesse grâce à la récompense financière. Ainsi, les auteurs concluent à l'efficacité des incitations financières sous forme de bons d'achat en association avec d'autres outils d'aide au sevrage tabagique chez les femmes enceintes. Néanmoins, le même test effectué 6 mois après l'accouchement révèle que certaines femmes ayant réussi à arrêter de fumer pendant leur grossesse ont repris la cigarette une fois leur bébé né. Cela pose la question de l'intérêt de continuer à octroyer des incitations financières encore pendant un certain temps après l'accouchement, afin de prévenir les risques de rechute.

Concernant à présent les incitations financières « classiques » délivrées aux fumeurs défavorisés d'un point de vue socio-économique. Dans leur article publié en 2019, Van den Brand *et al.*, font l'hypothèse que les incitations financières à l'arrêt du tabac octroyées dans le cadre professionnel pourraient aider à diminuer les inégalités sociales de santé lorsqu'elles sont mises en place spécifiquement dans les entreprises où de nombreux employés appartiennent aux catégories

⁹⁷ Tappin D., Sinclair L., Kee F., McFadden M., Robinson-Smith L., Mitchell A., Keding A., Watson J., Watson S., Dick A., Torgerson D., Hewitt C., McKell J., Hoddinott P., Harris F., Boyd K., McMeekin N., Ussher M., Bauld L. "Effect of financial voucher incentives provided with UK stop smoking services on the cessation of smoking in pregnant women (CPIT III): pragmatic, multicentre, single blinded, phase 3, randomised controlled trial". *British Medical Journal*, October 2022, 11 p.

socio-professionnelles défavorisées⁹⁸. L'expérimentation a été menée dans 61 entreprises aux Pays-Bas, 604 employés fumeurs dont la plupart ont un faible niveau de diplôme y ont participé : 319 d'entre eux ont, en plus de participer à des sessions d'information sur le sevrage tabagique, reçu des bons d'achat délivrés en 4 fois et d'un montant total de 350€ en échange d'une abstinence tabagique d'au moins 12 mois. Les résultats obtenus confirment l'hypothèse émise en montrant une différence significative en termes de sevrage tabagique : 41,1% des employés qui ont reçu l'incitation financière ont arrêté de fumer à 12 mois contre 26,4% des employés qui n'ont participé qu'aux sessions d'information.

Enfin, aucune preuve n'a rapporté l'efficacité de l'intervention consistant à accorder des incitations financières aux professionnels de santé pour qu'ils fassent la prévention du tabagisme auprès de leurs patients (Hamilton *et al.*, 2013)⁹⁹.

2. Les incitations financières en échange de l'utilisation d'un outil de sevrage tabagique

Dans leur article publié en 2019, Mundt *et al.*, évaluent l'efficacité d'une intervention qui consiste à octroyer une incitation financière en échange de l'utilisation d'un outil de sevrage tabagique¹⁰⁰. Ce dispositif est testé chez des fumeurs défavorisés d'un point de vue socio-économique : l'échantillon de l'étude est composé de 1 900 participants dont $\frac{3}{5}$ ont un niveau de diplôme équivalent ou inférieur au bac. Le principe de cette intervention est d'allouer une certaine somme aux fumeurs qui acceptent d'appeler une ligne téléphonique de conseil et de motivation à l'arrêt du tabac. En pratique, ici les participants reçoivent 30\$ par appel téléphonique (5 appels au total) et 40\$ si un test confirme leur abstinence tabagique à 6 mois. Deux éléments de résultat sont à noter. Premièrement, on constate que les fumeurs à qui on a proposé l'incitation financière ont davantage eu recours à la ligne téléphonique (45,9% ont pris les 5 appels) que les fumeurs qui n'en ont pas bénéficié (21,3% ont pris les 5 appels). Deuxièmement, on constate que le nombre d'appels pris est fortement associé à l'abstinence tabagique à 6 mois : les participants qui ont pris les 5 appels sont 28,8% à avoir arrêté de fumer à 6 mois, ceux qui ont pris 4 appels sont 17,3%, ceux qui ont pris 3 appels sont 12,7% et ceux qui en ont pris 2 ou moins sont 8,7%. Ainsi, les incitations financières

⁹⁸ Van den Brand F., Magnée T., De Haan-Bouma L., Barendregt C., Chavannes N., Van Schayck O., Nagelhout G. "Implementation of Financial Incentives for Successful Smoking Cessation in Real-Life Company Settings: A Qualitative Needs Assessment among Employers". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, 16 p.

⁹⁹ Hamilton F., Greaves F., Majeed A., Millett C. "Effectiveness of providing financial incentives to healthcare professionals for smoking cessation activities: systematic review". *Tobacco Control*, 2013, pp. 3-8.

¹⁰⁰ Mundt M., Baker T., Fraser D., Smith S., Piper M., Fiore M. "Paying Low-Income Smokers to Quit? The Cost-Effectiveness of Incentivizing Tobacco Quit Line Engagement for Medicaid Recipients Who Smoke". *Value in Health*, 2019, pp. 177-184.

encouragent les fumeurs faiblement diplômés à recourir à une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac, outil dont l'efficacité à induire une tentative d'arrêt est significative. Les incitations financières semblent alors avoir rempli leur rôle, même lorsque leur montant est modeste (en l'occurrence maximum 270\$), puisque 21,6% des bénéficiaires étaient abstinents à 6 mois contre 13,8% des non-bénéficiaires. Malgré ces résultats encourageants, on peut estimer que connaître le statut tabagique de l'individu à 6 mois n'est pas suffisant pour statuer sur l'efficacité de l'intervention à long terme. Il conviendrait de mener une expérimentation sur minimum 12 mois (durée à partir de laquelle on considère que l'individu est véritablement sorti du tabagisme).

3. Les incitations financières liées aux économies du coût du tabac

Cette modalité d'incitation a été évaluée par Giné *et al.*, dans un article publié en 2010¹⁰¹. Elle a été mise en œuvre dans le cadre du programme d'épargne volontaire *CARES* déployé aux Philippines. Pendant 6 mois, 83 fumeurs ont déposé sur un compte bancaire ouvert auprès de la *Green Bank of Caraga* la somme qu'ils auraient dépensée en cigarettes. La somme moyenne déposée était de 553 pesos, correspondant à environ 20% d'un salaire mensuel moyen. À l'issue des 6 mois, les participants au programme étaient 3,3% à 5,8% plus susceptibles d'obtenir un test indiquant qu'ils n'avaient pas fumé que les non-participants. À plus long terme (12 mois), on observe que l'abstinence tabagique perdure puisque les participants au programme étaient 3,4% à 5,7% plus susceptibles d'obtenir un test négatif que les non-participants. On constate que les participants devenus non-fumeurs à 6 mois avaient plus de chance de le rester à 12 mois.

Malgré des résultats relativement encourageants, le principe de cette intervention pose question en raison de sa dimension « punitive » en cas de rechute puisque le participant dont le test est positif perd entièrement l'argent déposé sur son compte. On peut se demander si le dispositif conçu est suffisamment incitatif à l'arrêt du tabac. En pratique, seuls 11% des fumeurs à qui on a proposé de participer au programme *CARES* ont accepté de s'engager (83/781). De plus, ceux qui ont accepté présentaient des caractéristiques particulières : envie caractérisée d'arrêter de fumer, optimisme vis-à-vis de cet arrêt, mise en place de stratégies pour éviter de craquer, etc. Pour les fumeurs ne présentant pas de telles caractéristiques, le risque encouru de perdre l'argent déposé semble trop important et l'intervention n'est pas incitative.

¹⁰¹ Giné X., Karlan D., Zinman J. "Put Your Money Where Your Butt is: A commitment Contract for Smoking Cessation". *American Economic Journal: Applied Economics*, Vol. 2, No. 4, October 2010, pp. 213-235.

4. Transposabilité des résultats

En parallèle des limites soulevées concernant les différentes modalités d'incitations financières, il est important de s'interroger sur la transposabilité des résultats obtenus dans le contexte culturel et socio-économique français caractérisé notamment par une prévalence tabagique élevée des plus défavorisés. Dans de nombreux articles composant cette revue de littérature, les auteurs exposent en limite cette potentielle difficulté de transposition des résultats dans un autre contexte. Par exemple, comment s'assurer que les résultats positifs obtenus dans l'étude de Mundt *et al.*, soient reproductibles en France alors même que cette étude a été menée dans l'État américain du Wisconsin¹⁰² ? En somme, comment savoir si une intervention de type incitation financière (selon plusieurs modalités) serait efficace pour réduire la prévalence tabagique de la cible des fumeurs français défavorisés d'un point de vue socio-économique ?

Dans leur méta-analyse publiée en 2021, Notley *et al.*, suggèrent que les résultats obtenus dans les 33 études menées en population générale seraient transposables à différents pays et milieux dans la mesure où les études menées l'ont été dans divers pays et continents (24 études aux États-Unis, 5 en Europe, 2 en Thaïlande, 1 aux Philippines et 1 en Chine)¹⁰³.

Cependant, en pratique et comme nous l'avons vu, parmi les études menées sur le sujet des incitations financières à l'arrêt du tabac, une seule a eu lieu en France (Berlin *et al.*, 2021)¹⁰⁴. De plus, elle l'a été sur la population cible des femmes enceintes, population qui, bien qu'intéressante par les enjeux soulevés, n'est pas superposable à la population défavorisée.

5. Évaluation du coût-efficacité de l'intervention

La plupart des études citées ont pour objectif d'évaluer l'efficacité des incitations financières sur le sevrage tabagique et peu d'entre elles vont jusqu'à estimer le coût-efficacité de la mesure, donnée pourtant primordiale pour le décideur qui envisagerait de mettre en œuvre ce type d'intervention. Ainsi, dans la plupart d'entre elles, les auteurs mentionnent ce point dans la partie « implication pour la recherche ». Tappin *et al.*, indiquent en ce sens que pour que l'incitation financière soit la plus efficiente possible (meilleur rapport coût-efficacité), il convient de mener de nouvelles

¹⁰² Mundt, *op. cit.*, p. 37.

¹⁰³ Notley, *op. cit.*, p. 33.

¹⁰⁴ Berlin, *op. cit.*, p. 35.

études afin de déterminer la forme (espèces, bons d'achat), le montant et la fréquence optimum de l'incitation¹⁰⁵.

Par ailleurs, on pourrait essayer de comparer le coût-efficacité des incitations financières avec le coût-efficacité d'autres interventions de promotion de l'arrêt du tabac plus classiques comme les campagnes médiatiques de prévention ou le remboursement des traitements de substitution nicotinique. On peut également se demander quelle est la plus-value de certaines modalités d'incitations financières (en échange de l'utilisation d'un outil de sevrage tabagique) par rapport à d'autres (incitations « classiques »). En effet, les coûts d'intervention sont plus élevés avec la première modalité, en raison notamment du temps de personnel répondant aux appels si l'outil en question est une ligne téléphonique (évalués à 2 316\$ par bénéficiaire¹⁰⁶). Néanmoins, les incitations financières sont très rarement délivrées sans aucun accompagnement parallèle (traitements de substitution nicotinique, etc.).

Enfin, demeure la question du financeur de l'intervention : public ou privé ? Dans l'étude de Van den Brand *et al.*, menée en milieu professionnel, on conclut que les coûts d'intervention supportés par l'employeur sont élevés mais que cet investissement de court terme est rentabilisé sur le long terme car il permet de diminuer la prévalence tabagique des employés et donc d'augmenter leur productivité¹⁰⁷. Il est alors dans l'intérêt des employeurs d'investir dans la santé de leurs employés. De la même manière, si on se projetait dans une configuration de financement public, il serait intéressant d'évaluer combien cette mesure coûterait mais aussi rapporterait à l'État au vu du coût annuel du tabagisme sur les finances publiques.

III. Questionnements soulevés par l'intervention

A. Enjeux éthiques

Une fois ces multiples points évoqués, terminons par soulever des questionnements relatifs à la déontologie et à la philosophie de ce type d'intervention en commençant par ses enjeux éthiques. Lorsque l'on parle de l'éthique d'une intervention en santé publique, on fait référence à plusieurs principes : bienveillance et non-malfaisance (bénéficier aux populations vulnérables et ne pas leur causer de dommage), fidélité et responsabilité (créer une relation de confiance avec la population cible), intégrité (faire preuve d'honnêteté intellectuelle), justice (traiter de façon équitable toutes les

¹⁰⁵ Tappin, *op. cit.*, p. 36.

¹⁰⁶ Mundt, *op. cit.*, p. 37.

¹⁰⁷ Van den Brand, *op. cit.*, p. 37.

personnes), respect des droits des personnes et de leur dignité (vie privée, confidentialité et autodétermination)¹⁰⁸.

Le principe même de rémunérer des fumeurs défavorisés d'un point de vue socio-économique pour les inciter à arrêter de fumer est-il éthique ? Cette question transparaît parfois dans les articles composant cette revue de littérature mais ne fait pas l'objet de réels développements.

On peut traiter la question de l'éthique des incitations financières à l'arrêt du tabac sous différents angles : l'éthique en termes de réduction des inégalités sociales de santé mais aussi l'éthique en termes de non-stigmatisation des bénéficiaires de l'intervention.

Concernant le premier angle d'analyse, nous savons que les interventions efficaces sur l'arrêt du tabac menées en population générale ont tendance à accroître les inégalités sociales de santé (Guignard *et al.*, 2018)¹⁰⁹. En effet, elles sont généralement efficaces auprès des publics les plus favorisés mais pas auprès des moins favorisés, ou bien elles sont efficaces auprès des moins favorisés mais dans une moindre mesure. Tel est le cas par exemple des campagnes médiatiques promouvant l'arrêt du tabac (Niederdeppe *et al.*, 2008)¹¹⁰. Finalement, les deux mesures populationnelles déjà mises en œuvre qui bénéficient davantage aux fumeurs défavorisés sont l'augmentation du prix du tabac et le remboursement des substituts nicotiques (Smith *et al.*, 2020)¹¹¹. Si la preuve scientifique de l'efficacité des incitations financières à réduire la prévalence tabagique des fumeurs français défavorisés venait à être rapportée, alors nous pourrions considérer que cette intervention aurait pour effet de diminuer les inégalités sociales de santé.

Concernant le risque de stigmatisation des bénéficiaires de l'intervention, certains auteurs alertent sur le fait que la diminution de la prévalence tabagique ne doit pas être le seul critère d'évaluation d'une intervention de réduction du tabagisme. En effet, il est important d'avoir, en amont de la mise en place d'une intervention, « une vigilance vis-à-vis de ses effets potentiellement stigmatisants et perturbateurs » (Saetta *et al.*, 2020)¹¹². Les auteurs se réfèrent dans cet article aux principes de

¹⁰⁸ Society for Prevention Research. "Standards of Knowledge for the Science of Prevention". June 2011, 21 p.

¹⁰⁹ Guignard R., Nguyen-Thanh V., Delmer O., Lenormand M.-C., Blanchoz J.-M., Arwidson P. « Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature ». *Santé publique*, Vol. 30, n° 1, janvier-février 2018, pp. 45-60.

¹¹⁰ Niederdeppe J., Kuang X., Crock B., Skelton A. "Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: What do we know, what do we need to learn, and what should we do now?". *Social Science & Medicine*, No. 67, 2008, pp. 1343-1355.

¹¹¹ Smith C., Hill S., Amos A. "Impact of population tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: a systematic review and appraisal of future research directions". *British Medical Journal*, September 2020, 9 p.

¹¹² Saetta S., Kivits J., Frohlich K., Minary L. « Stigmatisation et santé publique : le côté obscur des interventions anti-tabac ». *Santé Publique*, Vol. 32, 2020, pp. 473-478.

bienveillance et de non-malfaisance. Ainsi, pour évaluer l'efficacité d'une intervention, il « s'agit également de s'assurer que ces interventions ciblées ne génèrent ni honte, ni culpabilité, ni perte de l'estime de soi »¹¹³.

En dépit de notre difficulté à prédire de façon assurée la manière dont pourraient être reçues les incitations financières par les fumeurs défavorisés, répondre au questionnaire de Nancy Kass pourrait nous aiguiller¹¹⁴. Cet outil scientifique permet d'estimer l'éthique d'une intervention. Les questions le composant sont les suivantes : *What are the public health goals of the proposed program? How effective is the program in achieving its stated goals? What are the known or potential burdens of the program? Can burdens be minimized? Are there alternative approaches? Is the program implemented fairly? How can the benefits and burdens of a program be fairly balanced?* Pour y répondre précisément, nous devons attendre que le protocole d'intervention soit établi. Il pourra alors être modifié de sorte à minimiser les risques éthiques en présence.

B. Acceptabilité de l'intervention

Évaluer l'acceptabilité d'une intervention en amont de sa mise en œuvre est important car cela nous permet de modifier certaines modalités initialement prévues pour augmenter son niveau, condition nécessaire à l'efficacité de l'intervention. L'acceptabilité peut être considérée dans une perspective individuelle, acceptabilité de l'intervention par le bénéficiaire, mais aussi dans une perspective collective, il s'agit alors de l'acceptabilité sociale, celle qui relève d'un jugement partagé sur la nature de l'intervention (Sekhon *et al.*, 2017)¹¹⁵.

Lorsque la perception de ce type d'intervention par les bénéficiaires est mauvaise, cela est lié à la désinformation et au manque de connaissance du sujet (Robertson, 2018)¹¹⁶ ainsi qu'à des questionnements sur le financement et l'efficacité de l'intervention sur le long terme (Notley *et al.*, 2019)¹¹⁷. Ces deux éléments supposent donc l'importance primordiale d'accompagner l'intervention d'une communication claire et pédagogique afin d'explicitier quels sont les objectifs et résultats attendus de celle-ci.

¹¹³ *Ibid.*, p. 41.

¹¹⁴ Kass N. "An ethics framework for public health". *American Journal of Public Health*, Vol. 91, No. 11, 2001, pp. 1776-1782.

¹¹⁵ Sekhon M., Cartwright M., Francis J. "Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework". *BMC Health Services Research*, 2017, 13 p.

¹¹⁶ Robertson L., Gendall P., Hoek J., Marsh L., McGeeR. "Perceptions of financial incentives for smoking cessation: a survey of smokers in a country with an endgame goal". *Nicotine & Tobacco*, 2018, pp. 1481-1488.

¹¹⁷ Notley, *op. cit.*, p. 33.

Des incitations financières existent d'ores et déjà pour changer des comportements variés. Il ressort de la littérature que l'acceptation sociale de ce type de procédé est variable (Giles, 2015)¹¹⁸. Le risque principal est que ceux qui ne bénéficient pas de l'intervention, en l'occurrence les non-fumeurs, perçoivent l'intervention comme injuste à leur égard (Van den Brand *et al.*, 2019)¹¹⁹.

En pratique, cette acceptabilité dépend de plusieurs facteurs parmi lesquels, en première position, l'efficacité de l'intervention (Tappin *et al.*, 2022)¹²⁰. En effet, on constate que l'acceptation des incitations financières augmente lorsque la preuve scientifique de leur efficacité à changer le comportement a été rapportée. La forme et la destination que revêt l'incitation financière sont aussi déterminantes : il semblerait que les bons d'achat destinés à l'alimentation soient mieux acceptés que les paiements en espèces qui pourraient permettre par exemple d'acheter d'autres produits nocifs à la santé comme de l'alcool ou bien que les bons d'achat pour des produits de luxe (Promberger *et al.*, 2012)¹²¹. Le type de comportement que l'on cherche à modifier est également important. Par exemple, dans les pays anglo-saxons, il semblerait que les incitations financières pour encourager à la perte de poids soient mieux acceptées que celles visant à encourager à arrêter de fumer.

Enfin, le degré d'acceptabilité de ce type d'intervention dépend également des spécificités culturelles de chaque pays (Berlin *et al.*, 2017)¹²². Dans cette dernière étude qualitative, on compare sur la base d'un questionnaire l'acceptabilité en France et au Royaume-Uni des incitations financières à l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes. Il en résulte que les Français seraient plus favorables que les Britanniques au principe de donner des incitations financières à des femmes enceintes pour qu'elles arrêtent de fumer pendant leur grossesse et après leur accouchement. Comme nous pouvons l'observer sur le graphique ci-après, on constate également que les répondants français accepteraient que soit octroyée une incitation dont le montant serait élevé.

¹¹⁸ Giles E., Robalino S., Sniehotta F., Adams J, McColl E. "Acceptability of financial incentives for encouraging uptake of healthy behaviours: A critical review using systematic methods". *Preventive Medicine*, Vol. 73, April 2015, pp. 145-158.

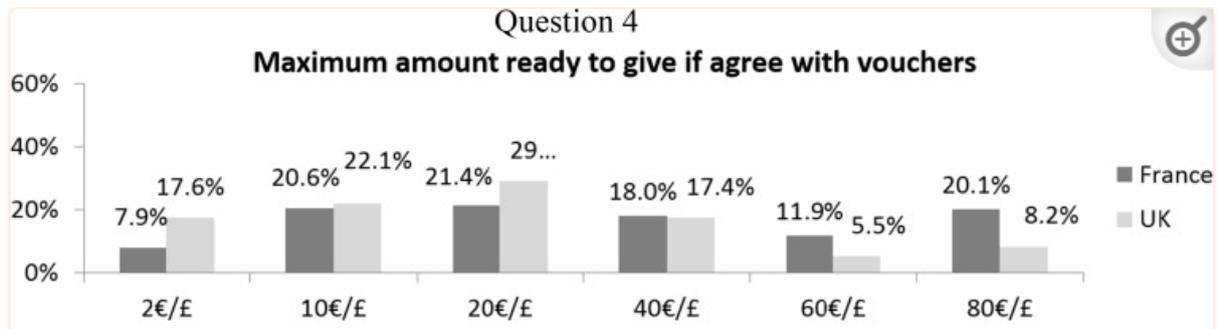
¹¹⁹ Van den Brand, *op. cit.*, p. 37.

¹²⁰ Tappin, *op. cit.*, p. 36.

¹²¹ Promberger M., Dolan P., Marteau T. "'Pay them if it works": discrete choice experiments on the acceptability of financial incentives to change health related behaviour". *Social Science & Medicine*, Vol. 75, December 2012, pp. 2509-2514.

¹²² Berlin N., Goldzahl L., Bauld L., Hoddinott P., Berlin I. "Public acceptability of financial incentives to reward pregnant smokers who quit smoking: a United Kingdom-France comparison". *The European Journal of Health Economics*, 2017, pp. 697-708.

Montant maximum d'incitation qu'accepteraient d'octroyer les répondants français et britanniques aux femmes enceintes en échange de leur sevrage tabagique¹²³.



Finalement, les auteurs concluent à la non-transposabilité de l'acceptabilité de l'intervention d'un pays à un autre, et ce même lorsque les deux pays ont des caractéristiques socio-économiques relativement similaires.

¹²³ Berlin, *op. cit.*, p. 43.

RÉSULTATS EMPIRIQUES

En complément des éléments théoriques apportés par la revue de littérature, nous avons exploité des résultats empiriques issus de 3 entretiens de groupe organisés par Santé publique France en 2022. À cette occasion, les participants ont fait preuve de créativité en imaginant des dispositifs susceptibles de les aider à arrêter de fumer (I), puis ils ont donné leur avis sur des dispositifs envisagés par des professionnels de la prévention du tabagisme (II), dispositifs dont faisaient partie les bons d'achat (III).

Nous compléterons ces résultats par l'éclairage et les précisions apportés à l'occasion des entretiens semi-directifs avec Justine Avenel, conceptrice des entretiens de groupe, et Fabrice Gzil, philosophe et expert de l'éthique, et de l'échange avec Frédéric Proux, pharmacien d'officine et Président du Pôle Ressource Addictions HEMERA 21.

I. Dispositifs d'arrêt imaginés par les participants

En première partie d'entretien appelée « ateliers créatifs », les participants ont été invités à imaginer et formuler des exemples d'interventions qui les aideraient à arrêter de fumer.

Certaines idées proposées étaient pour le moins originales, tel fut le cas de la « roulette russe » dont le principe est d'insérer dans chaque paquet 3 cigarettes « piégées » (au mauvais goût) visant à créer le dégoût ou encore de la « cure de la dernière chance » qui permettrait aux fumeurs d'aller respirer le grand air pour se désintoxiquer du tabac. D'autres idées reprenaient des dispositifs déjà existants mais méconnus des participants : une application avec un *coaching* par un tabacologue et des rendez-vous avec des professionnels de santé où l'on parlerait santé et bénéfices à l'arrêt du tabac.

La grande surprise de ces ateliers créatifs a été la proposition spontanée de la part des participants de recevoir une récompense financière en échange de sevrage tabagique : « Dans un pays j'ai vu une participation financière pour les gens qui arrêtaient de fumer » (participant FG 1). Certaines personnes ont même organisé des défis ressemblant à cela au sein de leur foyer : « Mon conjoint, dès qu'il achète un paquet, il met de l'argent dans une boîte, et j'ai pu acheter un Thermomix avec » (participant FG 1). Cette proposition a surpris la conceptrice des entretiens : « quelque chose auquel on ne s'attendait pas, c'était l'aide financière abordée quasiment spontanément dans beaucoup de groupes », « on ne pensait pas du tout que c'était quelque chose d'admis, auquel les participants allaient penser » (entretien qualitatif Justine Avenel).

De manière générale, deux points essentiels sont ressortis des entretiens : la volonté de personnalisation des interventions (laisser aux fumeurs le choix d'arrêter seul ou bien en groupe) et l'envie d'appartenir à une communauté (*coaching* en petits groupes de fumeurs, organisation de groupes de parole, sorties de groupe, etc.). Les fumeurs souhaitent être accompagnés dans leur démarche d'arrêt par leurs pairs, fumeurs et ex-fumeurs partageant leur expérience, mais aussi par des professionnels de santé : « même ceux qui étaient sur le digital ont souvent voulu croiser le digital avec un soutien humain : appel d'un tabacologue, groupe physique, etc. » (entretien qualitatif Justine Avenel).

II. Dispositifs d'arrêt envisagés par les professionnels de la prévention du tabagisme

En deuxième partie d'entretien, quatre propositions d'interventions ont été soumises aux participants : un festival non-fumeur, un challenge d'arrêt plus court, une application de *pairing* pour trouver un partenaire d'arrêt et des bons d'achat en échange du sevrage tabagique.

Le festival non-fumeur n'a pas convaincu les participants qui associent ce type d'événement à la cigarette et de fait estiment l'idée irréalisable : « tout le monde fume, c'est impossible » (participant FG 2), « pour eux, le festival c'était hors de question car c'est un lieu de poly consommation » (entretien qualitatif Justine Avenel).

Pour certains, le challenge d'arrêt court sur 1 semaine est une manière de s'entraîner à arrêter de fumer et donc de se préparer à un arrêt plus long voire définitif. Néanmoins, tous ne trouvent pas de sens à arrêter aussi peu longtemps : « ils ne comprenaient pas pourquoi on leur demande d'arrêter 30 jours pendant Mois sans tabac, là ils ne comprenaient pas plus » (entretien qualitatif Justine Avenel).

Perçue comme ludique et motivante, la proposition d'application de *pairing* a suscité davantage d'enthousiasme mais le risque perçu était que cela se transforme en application de rencontres : « ça fait vraiment Tinder », « y'en a qui risquent de s'en servir pour autre chose » (participant FG 2). Les participants ont insisté sur l'importance de pouvoir choisir le profil de leur partenaire d'arrêt (homme ou femme, fumeur ou ex-fumeur, etc.).

Enfin, la dernière proposition, celle de recevoir des bons d'achat en échange du sevrage tabagique, est celle qui semble avoir été la mieux reçue « ce qui avait remporté le plus de points positifs, c'était

vraiment les incitations financières » (entretien qualitatif Justine Avenel). Nous allons détailler les discussions qui ont eu lieu au sujet de cette intervention.

III. Focus sur les bons d'achat

Parfois appelés « bons d'achat », parfois « chèques cadeaux » par les participants, le principe de cette intervention est d'octroyer une récompense financière aux personnes qui attestent de leur sevrage tabagique pendant une certaine durée. Les participants des entretiens ont réfléchi aux modalités optimales de l'intervention (**A**), aux difficultés qui pourraient survenir (**B**) et ont estimé le caractère incitatif à l'arrêt du tabac de cette intervention (**C**).

A. Modalités optimales de l'intervention

Ont été discutés la forme et la destination des bons d'achat (**1**), le montant de ceux-ci (**2**), la durée de l'intervention (**3**), le public bénéficiaire (**4**) et le financement de l'intervention (**5**).

1. Forme et destination des bons d'achat

Lors des entretiens, l'animatrice a employé les termes « bons d'achat » et « chèques cadeaux », ce qui laisse supposer que la récompense financière ne peut prendre la forme d'argent liquide. Ainsi, les participants ont réfléchi à la destination des bons d'achat et non pas à la forme que devrait prendre la récompense envisagée.

Lorsque l'animatrice demande aux participants si, selon eux, les bons d'achat devraient être fléchés vers certains biens et services, les avis sont très divergents. Parmi les personnes qui pensent que cela devrait être le cas, certaines estiment que les bons d'achats ne devraient couvrir que les produits considérés essentiels : « de l'alimentaire ça ferait plaisir à tout le monde », « des produits de pharmacie non-remboursés », « le permis de conduire » (participants *FG 2*). D'autres souhaiteraient pouvoir faire des achats plaisir grâce aux bons : « des soins esthétiques » (participant *FG 1*), « un téléphone », « des abonnements aux salles de fitness » (participants *FG 2*). Cependant, ce principe de fléchage limitant les possibilités d'achat est contesté par une minorité de participants qui considère que cela entraverait leur liberté : « si j'ai des bons d'achat, j'ai envie d'en faire ce que j'en veux », « faut que ce soit généralisé (...), on a la liberté » (participants *FG 3*). D'autres rétorquent que cela reviendrait au même : « tout le monde fait ses courses, l'argent que t'as pas mis dans tes courses avec les bons d'achat, tu le mettras dans autre chose » (participant *FG 3*).

Selon Fabrice Gzil, pour que l'intervention soit incitative, il est indispensable d'actionner le levier de la motivation, motivation intrinsèque à chaque personne. Pour cela, il faut introduire une forme de désir dans l'intervention conçue : « avec le produit alimentaire, on va sur le besoin et donc sur une forme de nécessité alors qu'on pourrait aller sur le désir et la liberté ». Questionné sur les risques d'achat non-souhaité grâce à une récompense plus large (par exemple l'alcool), il plaide en faveur de la confiance : « il y a ce paradoxe de vouloir libérer les gens de leur addiction mais de se méfier de ce qu'ils vont faire de la liberté qu'on leur donne ».

1. Montant perçu

Pour donner un ordre de grandeur aux participants, l'animatrice évoque le montant de 15€ par semaine. Celui-ci crée débat. Pour certains, ce montant est tout à fait acceptable : « c'est vraiment bien », « juste milieu, c'est correct » (participants *FG 1*), « on est presque à 50€ par mois » (participant *FG 2*). Pour d'autres, il n'est pas assez élevé pour leur donner véritablement envie de faire une tentative d'arrêt : « moi j'aurais mis un peu plus quand même, franchement avec 15€ on fait rien du tout aujourd'hui » (participant *FG 3*). Ils se disent davantage convaincus et motivés par 25 à 30€ par semaine sans toutefois dépasser cette somme pour ne pas inciter à la fraude.

2. Durée de l'intervention

La question de savoir si l'intervention devrait être limitée dans le temps, et si oui à combien de temps, a été posée aux participants. Tous souhaitent unanimement que le programme s'inscrive sur le long terme « un programme vraiment suivi, pas un truc ponctuel », « pas juste une étincelle, venir juste pour le cadeau puis disparaître » (participants *FG 3*). Ainsi, ils proposent une intervention d'une durée comprise entre 6 mois et 3 ans.

3. Public bénéficiaire

De façon consensuelle, les participants pensent que le dispositif devrait s'adresser exclusivement aux fumeurs. Ainsi, il leur paraît évident que l'intervention ne doit pas récompenser les non-fumeurs qui ont déjà adopté le bon comportement « ils ont déjà compris » (participant *FG 1*). En termes éthiques, ceci ne semble pas problématique : « la légère inégalité de traitement qu'on a ressemble à de la *positive action* qui bénéficie au bien-être collectif » (entretien qualitatif Fabrice Gzil). Certains souhaiteraient que les bons d'achat soient proposés à tous les fumeurs, même mineurs « à partir de 15/16 ans » (participant *FG 1*), quand d'autres voudraient que le dispositif soit exclusivement

réservé aux fumeurs majeurs pour éviter tout effet contre-productif. Le risque selon eux serait que des mineurs se mettent à fumer pour obtenir la récompense : « faut limiter l'âge à partir de la majorité sinon les gamins vont se mettre à fumer pour avoir les chèques cadeaux » (participant FG 3). On constate que les participants n'ont pas manifesté leur volonté de limiter l'accès aux bons aux fumeurs en situation socio-économique fragile bien qu'ils le soient eux-mêmes. À ce sujet, les professionnels sont en opposition : tandis que Justine Avenel estime que cela devrait être le cas dans la mesure où il s'agit de la population avec la plus forte prévalence tabagique, Fabrice Gzil préférerait que ce dispositif soit ouvert à tous les fumeurs pour une raison d'équité et de préservation de la liberté de chacun : « dans la palette de ce qui existe, tous les fumeurs pourraient faire le choix de se tourner vers ça ou non », « ça n'atteindrait pas leur liberté parce qu'ils auraient le choix de se mettre dans un truc plutôt dur ou plutôt *soft* pour arrêter de fumer ».

4. Financement de l'intervention

La question de l'organisme responsable et financeur de l'intervention a été rapidement soulevée et uniquement dans les groupes 2 et 3. Tandis que certains participants sont favorables à une prise en charge publique « pris en charge par l'État » (participant FG 3), d'autres évoquent l'Assurance maladie « Ameli c'est la base, c'est sérieux » (participant FG 2) et d'autres encore les opérateurs du secteur privé « moi j'éviterais le ministère de la Santé (...) je préfère les sponsors et les équipementiers », « des entreprises de marques sportives », « les grands patrons de supermarchés » en ne cachant pas leur défiance à l'égard des opérateurs étatiques « moi je veux pas que l'État se mêle de ça » (participants FG 2).

A. Freins potentiels à l'intervention

1. Modalités de test

L'animatrice demande aux participants s'ils accepteraient de se faire tester pour pouvoir bénéficier de bons d'achat, c'est-à-dire faire du test de leur statut tabagique la condition de délivrance du bon. Ils estiment que cette condition est normale mais s'inquiètent de la nature du test à effectuer. En effet, une prise de sang obligatoire pourrait entraîner un refus de participer au programme (peur de l'aiguille). Le test du CO semblerait être la piste privilégiée.

Par ailleurs, les participants pointent du doigt plusieurs difficultés d'organisation liées au test. Premièrement, une contrainte temporelle (chronophage) : « le temps d'y aller, le temps sur place », « se taper la queue », « avec ou sans rendez-vous ? sans rendez-vous ce serait moins contraignant »

(participants *FG 2*). Deuxièmement, une contrainte de proximité et d'accessibilité du dispositif à tous, y compris aux personnes résidant en dehors des grandes villes : « dans des campagnes reculées ça existera pas », « ils vont pas y aller s'ils dépensent 20 euros d'essence pour y aller », « j'irais si c'est à côté de chez moi, sinon j'irais pas » (participants *FG 2*). Ils insistent sur la nécessité de trouver des relais pour mettre en œuvre l'intervention : « Qui va jouer le jeu, est-ce que mon pharmacien du coin ça va pas lui prendre la tête ? », « il y a trop d'attente dans les centres médicaux » (participant *FG 3*). Ils se posent également la question de la fréquence à laquelle se faire tester et du coût associé : les tests seront-ils gratuits ou payants ?

Pour pallier ces deux contraintes majeures, les participants envisagent la possibilité de se faire tester à la pharmacie : « la pharmacie c'est moins contraignant et ça ouvre le samedi », « je pourrais aller à la pharmacie à côté de chez moi, pas besoin de retourner au centre de santé », « ce serait plus simple » (participants *FG 2*). Ils souhaiteraient également pouvoir recourir à des auto-tests achetés en supermarchés « comme les tests Covid » (participant *FG 3*).

Questionné sur la faisabilité d'intégrer le pharmacien au dispositif, Frédéric Proux affirme « je pense que le pharmacien, c'est le bon choix ». Il fait référence à l'accessibilité géographique « on est partout », « c'est moins difficile d'y accéder » et aux horaires d'ouverture étendus des officines « on a la permanence des soins ». Enthousiaste, l'intérêt que pourrait susciter ce dispositif pour les membres de sa profession lui semble réel « je pense qu'une grande part des pharmaciens d'officine seraient d'accord pour participer », « je suis sûr que les pharmacies rurales s'investiront ». Il se projette même en indiquant que désormais toutes les pharmacies disposent d'un espace de confidentialité pour réaliser les tests. Néanmoins, il lui semble impératif que le matériel adéquat soit fourni aux pharmacies : « il y a très peu de pharmaciens équipés de CO testeurs, il faut les équiper ».

2. Risque de fraude

Avec les bons d'achat récompensant l'arrêt du tabac, les participants identifient un double risque de fraude. Dans la première hypothèse, les non-fumeurs pourraient s'essayer à la cigarette dans l'objectif d'être bénéficiaires des bons d'achat, ce qui serait totalement contreproductif dans une perspective de santé publique : « prudence parce que ça peut créer des non-fumeurs qui deviennent fumeurs » (participant *FG 3*). Dans la seconde hypothèse, les participants du programme pourraient demander à une personne non-fumeuse de leur entourage de passer les tests pour faire croire qu'ils sont désormais abstinents tabagiques et ainsi remporter les bons tout en continuant de fumer : « j'envoie un collègue » (participant *FG 2*). Il y aurait donc un risque que l'argent investi dans l'intervention ne soit pas dépensé conformément à son objectif. Si ce n'est d'encadrer l'âge à partir

duquel il serait possible de bénéficier de l'intervention (majorité), les participants n'envisagent pas de solution à ce problème.

3. Enjeux éthiques

Les professionnels interrogés insistent sur la présence d'enjeux éthiques forts : « cela pose de nombreux questionnements éthiques » (entretien Justine Avenel).

Lors de l'entretien de groupe n°1, l'animatrice a demandé aux participants si le principe même de la récompense financière à l'arrêt du tabac en dérangeait certains. La réponse apportée fut négative. Les enjeux éthiques sous-tendant cette intervention n'ont pas été évoqués de manière directe. Cependant, à la lecture des retranscriptions des entretiens, aucune remarque évoquant une réticence à ce sujet ne figure. Ainsi, la conceptrice des entretiens indique que les participants n'ont pas relevé de quelconque risque de stigmatisation ou d'infantilisation. Dans son rapport final, l'institut Kantar Public écrit « à aucun moment cette proposition n'est mise à distance ou décriée sur le fond pour une question d'éthique, de valeurs ou de possible infantilisation des fumeurs ». Cela ne semble donc pas constituer un frein dans la conception de l'intervention.

En appelant à une grande vigilance sur les modalités de l'intervention qui doivent permettre à ses bénéficiaires de choisir en connaissance de cause d'entrer dans le programme et de conserver leur liberté d'action, Fabrice Gzil affirme « moralement et éthiquement, le fait qu'il y ait une incitation financière ne me pose pas de problème » (entretien Fabrice Gzil).

B. Caractère incitatif des bons d'achat à l'arrêt du tabac

1. Une intervention jugée attractive et motivante...

En fin d'entretiens, les participants ont été interrogés sur leur motivation à arrêter de fumer grâce aux interventions proposées. Les bons d'achat semblent recueillir un grand enthousiasme « c'est très bien, motivant, en plus on gagne de l'argent, c'est ludique » (participant FG 2). En fixant un objectif aux bénéficiaires, « chacun aurait un but » (participant FG 3), l'intervention est jugée attractive et motivante : « ça va inciter à arrêter », « j'irais moi » (participants FG 1), « le bon d'achat il me tente tout de suite » (participant FG 3). Le parallèle est fait avec l'application de marche *Weward* qui fait la promotion de l'activité physique en récompensant financièrement le nombre de kilomètres parcourus (participants FG 1 et 2). Par ailleurs, les participants expriment clairement leur préférence pour la récompense sous forme de bons d'achat plutôt que sous forme de lots remportés suite à un tirage au sort/une loterie qui n'est pas assez certaine donc pas assez motivante à leurs yeux, même lorsque la

somme est conséquente : « je joue à la loterie, je gagne jamais », « ça peut pas motiver, trop aléatoire » (participants *FG 2*).

Enfin, l'animatrice demande aux participants d'attribuer une note sur 10 à chaque intervention envisagée et de les comparer les unes aux autres. Dans l'entretien de groupe n°1, tous les participants attribuent aux bons d'achat la note de 9/10 et affirment que de toutes les interventions proposées, c'est celle qui leur plaît le plus et qui serait retenue s'ils devaient n'en choisir qu'une. Dans l'entretien de groupe n°2, les notes vont de 3/10 à 9/10. L'intervention est jugée motivante mais la contrainte du test n'est pas négligeable et l'arrêt paraît trop solitaire. Bien que les participants estiment qu'il s'agit de l'intervention la plus attractive « ce qui intéresserait le plus les gens c'est la récompense », « la valeur ajoutée, ce qu'on gagne sur notre santé et dans notre portefeuille », ils se projettent davantage dans une version augmentée de celle-ci avec une application. Dans l'entretien de groupe n°3, l'intervention est notée entre 5/10 et 9/10. On constate que l'envie d'y participer est subordonnée à certaines conditions.

2. ... à certaines conditions

Les participants conditionnent leur intérêt pour l'intervention à plusieurs éléments. Premièrement, nous l'aurons compris, le montant du bon d'achat doit être suffisamment élevé pour leur donner envie d'arrêter de fumer : « j'essaie de quantifier mon plaisir de fumer une clope avec un vulgaire bon de 15€, est-ce que je préfère avoir mon plaisir avec mon verre de Jack et ma clope ou 15€ ? », « si on partait sur 25€ par semaine à la fin du mois ça ferait 100€, on aurait vraiment l'impression de gagner quelque chose » (participant *FG 3*). De plus, l'intervention ne donne envie que si elle est durable dans le temps « faut voir combien de temps on y a droit » (participant *FG 3*).

Certains considèrent les bons d'achat comme une bonne idée mais seulement s'ils sont une des composantes de l'intervention c'est-à-dire s'ils sont accompagnés d'autre chose : « tu as besoin d'autre chose », « c'est un complément d'autre chose », « ça peut être en plus d'une campagne mais ça peut pas être le moteur du truc » (participants *FG 3*). Ainsi, le bon d'achat à lui seul ne serait pas suffisamment motivant pour inciter les fumeurs à faire une tentative d'arrêt et à maintenir celle-ci dans le temps. En effet, les participants relèvent un manque d'accompagnement, notamment humain, dans la démarche d'arrêt proposée « c'est pas parce que j'ai 15€ que j'ai moins envie de fumer. Il n'y a pas de suivi là, rien » (participant *FG 3*). C'est un point de vigilance également mentionné par Fabrice Gzil : « il faut l'ancrer et si possible dans un programme plus large », « je mettrais dans la boucle les professionnels des soins primaires ».

Malgré tout, certains participants expriment des doutes sur leur chance de réussir à arrêter de fumer grâce à ce dispositif « je le tiendrais pas, je prendrais 4 bons d'achats et je recommencerais, mais c'est une bonne approche pour ceux qui veulent essayer » et craignent les conséquences de potentielles rechutes « si tu craques, c'est une punition, ça va te faire lâcher l'affaire, j'ai fumé qu'une clope, j'ai pas mes 15 euros, salut salut » (participants FG 2). De plus, certains se questionnent quant à l'efficacité de l'intervention sur le long terme, c'est-à-dire sur la possibilité de connaître un sevrage tabagique pérenne une fois que l'intervention aura cessé et que les bons d'achat ne seront plus octroyés.

DISCUSSION

Le croisement de résultats théoriques et empiriques a permis d'enrichir notre réflexion autour de l'intérêt que pourraient présenter les incitations financières à l'arrêt du tabac. Cependant, il nous faut considérer au préalable les enjeux éthiques (I) et l'acceptabilité par la population générale de ce type d'intervention (II). Ce n'est qu'ensuite que nous pourrions envisager un arbitrage entre les différentes modalités d'incitations proposées (III) et faire une proposition de transposition opérationnelle de l'intervention en France (IV).

I. Des enjeux éthiques maîtrisés

La validation de l'acceptabilité éthique de ce type d'intervention est une condition préalable à toute réflexion plus approfondie.

Jusqu'alors il n'y a pas de publication scientifique relative à la validation éthique des incitations financières à l'arrêt du tabac. Nous ne pouvons donc affirmer avec certitude son innocuité vis-à-vis de la population cible. Cependant, les participants des entretiens de groupe, fumeurs défavorisés, n'ont émis aucune réserve concernant un éventuel risque de stigmatisation, d'infantilisation, de sentiment de honte ou de perte de l'estime de soi. Toutefois, pour Fabrice Gzil, expert de l'éthique en santé publique, l'intervention n'est éthiquement acceptable que si ses modalités n'entravent pas la liberté des bénéficiaires en réduisant l'incitation à des bons fléchés. En effet, la capacité d'auto-détermination est une des composantes du respect des droits et de la dignité de la personne.

Par ailleurs, si l'efficacité de l'intervention à réduire la prévalence tabagique des français défavorisés était confirmée, elle aurait pour effet de diminuer les inégalités sociales de santé et pourrait en ce sens être considérée comme éthiquement acceptable.

II. Des arguments en faveur d'un bon niveau d'acceptabilité

Avant d'étudier en détails l'efficacité de ce type de dispositif, il nous faut évaluer son acceptabilité par la population générale, en particulier par les non-fumeurs, en raison d'un risque de rejet qui pourrait impacter sa mise en œuvre. D'aucuns pourraient estimer qu'il est injuste de demander à la société de donner de l'argent à des personnes qui auraient fait le choix individuel de fumer, en toute connaissance de causes. En pratique, le risque d'entendre ce genre de discours pourrait être maîtrisé en déployant une communication pédagogique et un plaidoyer auprès des

décideurs sur l'efficacité attendue de la mesure mais aussi et surtout sa capacité à réduire le coût social annuel lié au tabagisme.

En effet, la littérature nous apprend que le niveau d'acceptabilité d'une intervention augmente lorsque l'on apporte la preuve aux individus que celle-ci est efficace. Les résultats positifs des études menées sont donc un argument de poids à mettre en avant.

De plus, il sera nécessaire d'expliquer aux non-fumeurs qu'ils ont eux aussi un intérêt à cette intervention en leur rappelant que le coût social annuel du tabagisme s'élève à 156 millions d'euros, représentant alors une dépense de 2 300€ pour chaque français, fumeur ou non (Kopp, 2023)¹²⁴. Ainsi, en diminuant le nombre de fumeurs, cette action aurait pour effet corollaire de réduire les coûts de prise en charge des maladies liées au tabagisme et de réaliser une économie pour chacun d'eux.

Comme identifié dans les entretiens qualitatifs, le risque de fraude pourrait exister, même si tout serait fait pour l'éviter. Toutefois, nous pensons que ses conséquences seraient minimales au regard du bénéfice économique important pour la société précédemment évoqué.

III. Un arbitrage entre les différentes modalités d'intervention proposées

Compte tenu des éléments de preuve d'efficacité rapportés par les études et des besoins exprimés dans les entretiens de groupes de fumeurs défavorisés, nous pouvons d'ores et déjà faire des propositions d'arbitrage entre les différentes modalités d'intervention proposées.

Les résultats théoriques nous permettent d'écarter les incitations à l'arrêt du tabac sans garantie de gains en cas de sevrage. En effet, aucun des différents types de concours (par équipe, loterie, *Quit & Win*) n'a prouvé son efficacité. De plus, les participants des entretiens n'ont pas montré d'intérêt particulier pour cette proposition.

Concernant les incitations financières à proprement parler, nous excluons la troisième modalité (incitations financières liées aux économies du coût du tabac) en raison d'un nombre de participants de l'étude insuffisant et du caractère punitif de l'intervention, contraire aux principes éthiques, en cas d'échec du sevrage.

Les deux premières modalités (incitations financières « classiques » / délivrées en échange de l'utilisation d'un outil de sevrage tabagique) paraissent efficaces au regard des résultats internationaux. Même si aucune étude n'a encore été conduite en France (excepté chez les femmes

¹²⁴ Kopp, *op. cit.*, p. 5.

enceintes) et que cela sera nécessaire pour confirmer l'efficacité de l'intervention envisagée, nous pouvons néanmoins mobiliser les résultats des entretiens de groupe soulignant le caractère incitatif de l'intervention. En effet, la proposition de recevoir des bons d'achat a été faite de façon spontanée et les participants se sont projetés en réfléchissant aux modalités opérationnelles démontrant par là leur intérêt pour celle-ci.

Toutefois, nos résultats empiriques suggèrent également que les fumeurs expriment un véritable besoin d'accompagnement dans leur démarche d'arrêt ce qui nous conduirait à privilégier la deuxième modalité qui inclue une forme d'accompagnement obligatoire. De plus, cette modalité a été testée et approuvée spécifiquement chez la population de fumeurs défavorisés d'un point de vue socio-économique que nous cherchons à cibler (Mundt *et al.*, 2019)¹²⁵.

IV. Une proposition de transposition opérationnelle en France

À la lumière des précédentes réflexions, il nous paraît pertinent d'envisager une transposition opérationnelle en France. Ainsi, les résultats théoriques et empiriques obtenus nous ont permis de sélectionner les modalités les plus réalistes et appropriées s'agissant du public bénéficiaire **(A)**, de la durée d'intervention **(B)**, de la forme, du montant et de la destination de l'incitation **(C)**, des modalités de test **(D)**, de l'accompagnement à l'arrêt **(E)** mais aussi du financement du projet **(F)**.

A. Public bénéficiaire

Les personnes défavorisées d'un point de vue socio-économique ayant une prévalence tabagique particulièrement élevée et les études montrant l'efficacité des incitations financières sur le sevrage au sein de cette population, il paraît cohérent de la prioriser en concordance avec le principe d'universalisme proportionné selon lequel, « pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale » (Marmot, 2010)¹²⁶. Ce faisant, l'objectif est de réduire l'écart croissant entre la prévalence tabagique des plus favorisés et celle des moins favorisés. D'un point de vue pratique, l'inclusion au programme pourrait se faire sur justification de la catégorie socio-professionnelle (ouvriers, employés, sans emploi).

¹²⁵ Mundt, *op. cit.*, p. 37.

¹²⁶ Marmot M. "Fair Society, Healthy Lives". A Strategic Review of Health Inequalities in England, February 2010, 242 p.

Pour une raison de complexité et par mesure de précaution, l'intervention serait réservée aux fumeurs majeurs.

B. Durée

La majorité des études rapportées ont été menées sur une durée de 6 mois, cap important dans le processus de sevrage sans pour autant que celui-ci ne soit acquis. Les fumeurs ayant participé aux entretiens ont insisté sur l'importance d'une action inscrite dans le temps. Ainsi, idéalement, le programme pourrait être déployé sur 1 an. Toutefois, compte tenu des contraintes, notamment organisationnelles et économiques, retenir une durée de 6 mois nous paraît être une première étape tout à fait acceptable.

C. Forme, montant, destination

La littérature révèle qu'aussi bien les espèces que les bons d'achat sont efficaces à induire un sevrage tabagique (Notley *et al.*, 2019)¹²⁷. Néanmoins, elle indique également que la forme de l'incitation impacte l'acceptabilité sociale de celle-ci et que les bons d'achat seraient mieux acceptés que le paiement en espèces (Tappin *et al.*, 2022)¹²⁸. De plus, lors des entretiens de groupe aucun participant n'a dit préférer recevoir des espèces plutôt que des bons d'achat. Opter pour une récompense sous forme de bons d'achat présente également l'avantage d'être sûr et facilement administrable.

Concernant le montant de ces bons, en moyenne, l'incitation donnée est de plusieurs centaines de livres sterling/dollars/euros. Les études montrent qu'il n'est pas nécessaire de proposer des sommes très élevées aux bénéficiaires pour que cela soit efficace. Néanmoins, comme le révèlent les résultats des entretiens de groupe, le montant doit être suffisamment incitatif pour modifier l'arbitrage des fumeurs en faveur de l'arrêt du tabac (certains participants estiment insuffisante la somme de 15€ par semaine).

Sur ces fondements, proposer 500€ pour la durée du sevrage nous semble un juste montant. Pour augmenter la motivation à poursuivre le sevrage pendant les 6 mois, il pourrait être échelonné et gradué. Les bénéficiaires pourraient par exemple percevoir des bons d'achat d'une valeur de 70€ les

¹²⁷ Notley, *op. cit.*, p. 33.

¹²⁸ Tappin, *op. cit.*, p. 36.

5 premiers mois et de 150€ le 6ème et dernier mois. Pour diminuer le risque de rechute, un bonus pourrait être octroyé si le sevrage persiste à 1 an.

S'agissant des possibilités d'utilisation des bons, il est essentiel qu'elles soient très larges pour que chaque fumeur trouve une motivation suffisante correspondant à ses propres désirs, garantissant son libre-arbitre et son auto-détermination.

D. Modalités de test

Pour une raison d'efficacité de l'intervention mais aussi pour limiter le risque de fraude, il paraît nécessaire de conditionner l'octroi des bons d'achat à la présentation d'un test négatif.

Les contraintes de proximité et de rapidité de réalisation ayant été largement discutées dans les entretiens de groupe, nous avons essayé de déterminer la faisabilité de réaliser les tests en pharmacie. Interrogé à ce sujet, Frédéric Proux, pharmacien d'officine et Président du Pôle Ressource Addictions HEMERA 21, ne voit aucun obstacle à cette idée. Les pharmaciens étant de plus en plus engagés dans des missions de santé publique et ayant acquis l'expérience des dépistages lors de l'épidémie de Covid-19, il lui semble réaliste de proposer une offre de proximité pour réaliser les tests. Il imagine que l'on puisse facilement dresser et diffuser une liste de tous les pharmaciens engagés dans le programme.

La nature du test conditionnant également la participation au dispositif, nous proposons de retenir les tests de CO. En effet, la prise de sang ne serait pas supportée et les tests salivaires et urinaires montreraient un résultat positif en cas de prise d'un traitement de substitution nicotinique. En pratique, les testeurs de CO sont déjà utilisés par les tabacologues dans le cadre du suivi du sevrage tabagique et reconnus pour leur fiabilité. Le coût d'un appareil performant est de l'ordre de 500€. Il pourrait être fourni aux pharmaciens participants qui percevront également une rémunération à l'acte. Le test serait gratuit pour les bénéficiaires en présentant leur carte vitale ce qui permettrait en outre d'attester de leur identité et donc de limiter les risques de fraude.

En dehors des pharmacies, on pourrait aussi mobiliser les centres d'examen de santé du réseau de l'Assurance maladie (CES) déjà engagés dans le projet « ici, commencez à arrêter de fumer ». Ce dispositif de proximité d'aide à l'arrêt vise à faciliter et à accompagner les tentatives d'arrêt du tabac chez les personnes en situation de précarité sociale. Ils sont donc d'ores et déjà équipés de CO testeurs et disposent de professionnels de santé formés à la tabacologie.

E. Accompagnement à l'arrêt

L'accompagnement à l'arrêt consisterait en un point central du dispositif puisque nous proposons de conditionner l'octroi des bons d'achat à l'utilisation d'un outil de sevrage.

En se fondant sur l'étude de Mundt *et al.*, montrant l'efficacité de l'intervention consistant à conditionner l'octroi de la récompense financière à l'appel d'une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt, nous proposons de recourir au 39 89, ligne téléphonique de Tabac info service. Après avoir validé l'inscription des personnes dans le programme, le professionnel en ligne les orienterait en fonction de leurs besoins et disponibilités vers l'outil d'information et d'aide le plus adapté à leur sevrage (numérique, téléphonique ou en présentiel avec un professionnel de santé). Ce système permettrait de répondre à un désir de personnalisation de la démarche d'arrêt évoqué dans les entretiens de groupe. Le suivi téléphonique par le 39 89 devra être envisagé tous les mois pour l'accompagnement au suivi du programme. De plus, l'intervention du pharmacien pour le test au CO pourrait être selon Frédéric Proux l'occasion d'un échange propice au renforcement de la motivation.

Un outil informatique pourrait être développé pour répertorier chaque mois le résultat du test au CO entré dans le système par le pharmacien ou le professionnel du CES, qui, combiné à l'appel au 39 89, permettrait de déclencher l'envoi non-différé du bon d'achat. En cas de rechute ou de non-présentation du participant, il pourrait être possible de poursuivre tout de même le programme en reprenant l'essai de sevrage le mois suivant.

F. Financement du projet

Dans un premier temps, un financement public semblerait approprié, idéalement dans le cadre du Fonds de Lutte Contre les Addictions. Il couvrirait les dépenses relatives aux bons d'achat, aux missions du 39 89, à l'achat des testeurs au CO (et aux consommables), à la rémunération des pharmaciens ainsi qu'au développement de l'outil informatique adéquat. Il faudra également prendre en compte le coût d'une campagne de communication autour du dispositif ainsi que le coût de son évaluation.

Ainsi, sur la base des résultats obtenus nous avons pu discuter des modalités nous semblant les plus pertinentes et réalisables. Il faudra en outre envisager une coordination entre les acteurs nationaux et les acteurs régionaux sur un modèle ressemblant au déploiement de Mois sans tabac avec notamment la participation active des ARS et des acteurs de terrain et relais locaux. Une mise en

œuvre progressive avec tout d'abord une phase expérimentale sur une région pilote serait nécessairement à envisager. Si celle-ci se révèle concluante à l'issue de la première évaluation permettant la généralisation du dispositif, il faudrait envisager une communication ciblée pour le faire connaître impliquant nécessairement les acteurs en lien avec ces publics (médecine du travail, CES, associations, etc.). À ce sujet, il conviendra de réfléchir à l'intérêt et la manière de faire le lien entre ce projet et Mois sans tabac, dispositif de marketing social dont la notoriété pourrait bénéficier à son développement.

CONCLUSION

La réduction des inégalités sociales de santé et la diminution de la prévalence tabagique des fumeurs français défavorisés d'un point de vue socio-économique constituent un enjeu majeur de santé publique. Dans la mesure où peu d'interventions se révèlent efficaces pour y parvenir, la perspective d'incitations financières à l'arrêt du tabac paraît prometteuse par son caractère innovant et incitatif mis en évidence à l'international. La complémentarité des résultats théoriques et empiriques réunis nous laisse penser qu'il existe d'une part un véritable intérêt pour cette approche économique, et d'autre part un fort degré de certitude de l'efficacité de cette intervention sur le sevrage tabagique.

En proposant une transposition opérationnelle de l'intervention, le but est de poser les jalons d'une prochaine expérimentation qui permettra d'évaluer la reproductibilité, dans le contexte socio-culturel français, des résultats positifs tirés de la littérature scientifique étrangère. Ce sera également l'occasion d'affiner les modalités d'intervention de sorte à maximiser son rapport coût-efficacité et à minimiser les risques éthiques.

Nous pensons que ce type d'intervention présente un grand intérêt, en inversant la logique actuelle du « fumeur payeur » subissant les hausses successives du prix du tabac, vécues comme des mesures punitives. L'incitation financière à l'arrêt du tabac telle que proposée, appréhendée positivement et constructivement, pourrait alors venir en complément de l'existant pour entraîner les fumeurs défavorisés dans la dynamique collective et bienveillante engagée ces dernières années grâce à Mois sans tabac.

BIBLIOGRAPHIE

Textes officiels

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, 2003.

Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.

Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

Arrêté du 30 mars 2023 portant homologation des prix de vente au détail des tabacs manufacturés en France, à l'exclusion des départements d'outre-mer.

Ouvrages

Banerjee A., Duflo E. « Repenser la pauvreté ». Éd. Points, 2014, 464 p.

Gallopel-Morvan K., Crié D. « Marketing social et nudge. Comment changer les comportements en santé ? ». EMS Editions, Coll. Ad Salutem, 2012, 382 p.

Gallopel-Morvan K., Nguyen-Thanh V., Arwidson P., Hastings G. « Marketing social. De la compréhension des publics au changement de comportement ». Éd. Presses de l'EHESP, 2019, 180 p.

Raimondeau J., Bréchat P.-H., Carmona É., Huteau G., Marin P., Naty-Daouin P. « Manuel de santé publique ». Éd. Presses de l'EHESP, Coll. Références Santé Social, décembre 2022, 744 p.

Sunstein C., Thaler R. « Nudge : la méthode douce pour inspirer la bonne décision ». Éd. Vuibert, 2010, 288 p.

Chapitres d'ouvrages

Constant A., Raude J. « Les changements de comportement en santé publique : théories et pratiques ». Dans « Marketing social et nudge. Comment changer les comportements en santé ? ». EMS Editions, Coll. Ad Salutem, 2012, 382 p.

Paillé P., Mucchielli A. « L'analyse thématique ». Dans « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales ». Éd. Armand Colin, 5e éd., 2021, 496 p.

Articles scientifiques

Berlin N., Goldzahl L., Bauld L., Hoddinott P., Berlin I. "Public acceptability of financial incentives to reward pregnant smokers who quit smoking: a United Kingdom-France comparison". *The European Journal of Health Economics*, 2017, pp. 697-708.

Berlin N., Goldzahl L., Jusot F., Berlin I. « Incitations financières chez la femme enceinte fumeuse. Une approche pluridisciplinaire ». *Alcoologie et Addictologie*, 2018, pp. 231-237.

Berlin I., Berlin N., Malecot M., Breton M., Jusot F., Goldzahl L. "Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: multicentre randomised controlled trial". *British Medical Journal*, 2021, 10 p.

Bonaldi C., Boussac M., Nguyen-Thanh V. « Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015 ». *BEH*, n° 15, 28 mai 2019, pp. 278-284.

Durkin S., Biener L., Wakefield M. "Effects of Different Types of Antismoking Ads on Reducing Disparities in Smoking Cessation Among Socioeconomic Subgroups". *American Journal of Public Health*, Vol. 99, No. 12, December 2009, pp. 2217-2223.

Fanshawe TR., Hartmann-Boyce J., Perera R., Lindson N. "Competitions for smoking cessation". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019, 58 p.

Gigerenzer G. "On the Supposed Evidence for Libertarian Paternalism". *Review of Philosophy and Psychology*, 2015, pp. 362-383.

Giles E., Robalino S., Sniehotta F., Adams J, McColl E. "Acceptability of financial incentives for encouraging uptake of healthy behaviours: A critical review using systematic methods". *Preventive Medicine*, Vol. 73, April 2015, pp. 145-158.

Giné X., Karlan D., Zinman J. "Put Your Money Where Your Butt is: A commitment Contract for Smoking Cessation". *American Economic Journal: Applied Economics*, Vol. 2, No. 4, October 2010, pp. 213-235.

Guignard R., Beck F., Richard J.-B., Lermenier A., Wilquin J.-L., Nguyen-Thanh V. « La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes ». *Évolutions*, Inpes, n° 31, janvier 2015, 6 p.

Guignard R., Gallopel-Morvan K., Mons U., Humme K., Nguyen-Thanh V. "Impact of a negative emotional antitobacco mass media campaign on French smokers: a longitudinal study". *British Medical Journal*, January 2018, 7 p.

Guignard R., Nguyen-Thanh V., Delmer O., Lenormand M.-C., Blanchoz J.-M., Arwidson P. « Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature ». *Santé publique*, Vol. 30, n° 1, janvier-février 2018, pp. 45-60.

Guignard R., Soullier N., Pasquereau A., Andler R., Beck F., Nguyen-Thanh V. « Facteurs associés à l'envie d'arrêter de fumer et aux tentatives d'arrêt chez les fumeurs. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2021 ». *BEH*, n° 9-10, 31 mai 2023, pp. 159-165.

Etter J.-F., Schmid F. "Effects of Large Financial Incentives for Long-Term Smoking Cessation". *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 68, No. 8, August 2016, pp. 777-785.

Hamilton F., Greaves F., Majeed A., Millett C. "Effectiveness of providing financial incentives to healthcare professionals for smoking cessation activities: systematic review". *Tobacco Control*, 2013, pp. 3-8.

Kahneman D., Amos Tversky. "Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk". *Econometrica*, Vol. 47, No. 2, 1979, pp. 263-291.

Kass N. "An ethics framework for public health". *American Journal of Public Health*, Vol. 91, No. 11, 2001, pp. 1776-1782.

Kotz D., West R. "Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding". *Tobacco Control*, 2009, pp. 43-46.

Marteau T., Ogilvie D., Roland M., Suhrcke M., Kelly M. "Judging nudging: can nudging improve population health?". *British Medical Journal*, Vol. 342, 2011, pp. 263-265.

Marteau T., Hollands J., Fletcher P. "Changing Human Behavior to Prevent Disease: The Importance of Targeting Automatic Processes". *Science*, Vol. 337, 2012, pp. 1492-1495.

Mertens S., Herberz M., Hahnel U., Brosch T. "The effectiveness of nudging: A meta-analysis of choice architecture interventions across behavioral domains". *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, Vol. 119, No. 1, 2022, 10 p.

Mundt M., Baker T., Fraser D., Smith S., Piper M., Fiore M. "Paying Low-Income Smokers to Quit? The Cost-Effectiveness of Incentivizing Tobacco Quit Line Engagement for Medicaid Recipients Who Smoke". *Value in Health*, 2019, pp. 177-184.

Niederdeppe J., Kuang X., Crock B., Skelton A. "Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: What do we know, what do we need to learn, and what should we do now?". *Social Science & Medicine*, No. 67, 2008, pp. 1343-1355.

Notley C., Gentry S., Livingston-Banks J., Bauld L., Perera R., Hartmann-Boyce J. "Incentives for smoking cessation (Review)". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019, 125 p.

Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Soullier N., Gautier A., Richard J.-B., Nguyen-Thanh V. « Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France ». *BEH*, n° 8, 26 mai 2021, pp. 132-139.

Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Gautier A., Soullier N., Richard J.-B., Beck F., Nguyen-Thanh V. « Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le baromètre de Santé publique France ». *BEH*, n° 26, 13 décembre 2022, pp. 470-480.

Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Soullier N., Beck F., Nguyen-Thanh V. « Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans ». *BEH*, n° 9-10, 31 mai 2023, pp. 152-158.

Peretti-Watel P., Constance J. "'It's All We Got Left". Why Poor Smokers are Less Sensitive to Cigarette Price Increases". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2009, pp. 608-621.

Peretti-Watel P., L'Haridon O., Seror V. "Time preferences, socioeconomic status and smokers' behaviour, attitudes and risk awareness". *European Journal of Public Health*, Vol. 23, No. 5, January 2013, pp. 783-788.

Promberger M., Dolan P., Marteau T. ““Pay them if it works”: discrete choice experiments on the acceptability of financial incentives to change health related behaviour”. *Social Science & Medicine*, Vol. 75, December 2012, pp. 2509-2514.

Robertson L., Gendall P., Hoek J., Marsh L., McGee R. “Perceptions of financial incentives for smoking cessation: a survey of smokers in a country with an endgame goal”. *Nicotine & Tobacco*, 2018, pp. 1481-1488.

Saetta S., Kivits J., Frohlich K., Minary L. « Stigmatisation et santé publique : le côté obscur des interventions anti-tabac ». *Santé Publique*, Vol. 32, 2020, pp. 473-478.

Sekhon M., Cartwright M., Francis J. “Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework”. *BMC Health Services Research*, 2017, 13 p.

Smith C., Hill S., Amos A. “Impact of population tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: a systematic review and appraisal of future research directions”. *British Medical Journal*, September 2020, 9 p.

Tappin D., Sinclair L., Kee F., McFadden M., Robinson-Smith L., Mitchell A., Keding A., Watson J., Watson S., Dick A., Torgerson D., Hewitt C., McKell J., Hoddinott P., Harris F., Boyd K., McMeekin N., Ussher M., Bauld L. “Effect of financial voucher incentives provided with UK stop smoking services on the cessation of smoking in pregnant women (CPIT III): pragmatic, multicentre, single blinded, phase 3, randomised controlled trial”. *British Medical Journal*, October 2022, 11 p.

Van den Brand F., Magnée T., De Haan-Bouma L., Barendregt C., Chavannes N., Van Schayck O., Nagelhout G. “Implementation of Financial Incentives for Successful Smoking Cessation in Real-Life Company Settings: A Qualitative Needs Assessment among Employers”. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, 16 p.

Van den Brand F., Nagelhout G., Winkens B., Chavannes N., Van Schayck O., Evers S. “Cost-effectiveness and cost-utility analysis of a work-place smoking cessation intervention with and without financial incentives”. *Society for the study of addiction*, 2019, pp. 534-545.

Van den Brand F., Candel M., Nagelhout G., Winkens B., Van Schayck O. “How Financial Incentives Increase Smoking Cessation: A Two-Level Path Analysis”. *Nicotine & Tobacco Research*, 2021, pp. 99-106.

Wakefield M., Loken B., Hornik R. "Use of mass media campaigns to change health behaviour". *The Lancet*, Vol. 376, October 2010, pp. 1261-1271.

Études et rapports

Andler R., Cogordan C., Richard JB., Demiguel V., Regnault N., Guignard R., Pasquereau A., Nguyen-Thanh V. « Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse ». Saint-Maurice : Santé publique France, 2018, 9 p.

Society for Prevention Research. "Standards of Knowledge for the Science of Prevention". June 2011, 21 p.

Organisation de coopération et de développement économiques. « La littératie à l'ère de l'information ». Rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes, 2000, 211 p.

Dumas C., Haroutunian L. « Faire une revue de littérature : méthodes et outils ». Saint-Maurice : Santé publique France, 2022, 82 p.

Haut Conseil de la santé publique. « Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ». 26 novembre 2021, 148 p.

Kopp P. « Le coût social des drogues en France ». Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2015, 10 p.

Kopp P. « Le coût social des drogues : estimation en France en 2019 ». Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2023, 15 p.

Marmot M. "Fair Society, Healthy Lives". A Strategic Review of Health Inequalities in England, February 2010, 242 p.

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. « Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 ». Mars 2023, 56 p.

Organisation Mondiale de la Santé. « Stratégies de modification des comportements et santé : le rôle des systèmes de santé ». 2008, 25 p.

Rivierez I. « Les sorties du tabagisme, un état de la littérature en sciences sociales ». Observatoire français des drogues et des conduites addictives, juillet 2023, 40 p.

Ruel J., Allaire C., Moreau A.-C., Kassi B., Brumagne A., Delample A., Grisard C., Pinto da Silva F. « Communiquer pour tous : Guide pour une information accessible ». Saint Maurice : Santé publique France, 2018, 116 p.

Documentation interne

BVA, Post-test quantitatif de la campagne 2022 d'incitation à l'arrêt du tabac à destination des fumeurs les plus fragiles sur le plan socio-économique, avril 2022.

BVA, Post-test quantitatif de la campagne 2022 de lutte contre le tabagisme, juillet 2022.

Kantar Public, Post-test qualitatif Mois sans tabac 2020, janvier 2021.

Kantar Public, Futur du dispositif Mois sans tabac, groupe 1 « femmes 25-55 ans », prise de notes en direct, 21 février 2022, 14h-17h.

Kantar Public, Futur du dispositif Mois sans tabac, groupe 2 « mixte 25-55 ans », prise de notes en direct, 22 février 2022, 14h-17h.

Kantar Public, Futur du dispositif Mois sans tabac, groupe 3 « hommes 25-55 ans », prise de notes en direct, 19h-22h.

Kantar Public, Futur du dispositif Mois sans tabac, note de synthèse transversale, 16 mars 2022.

Kantar Public, Post-test qualitatif Mois sans tabac 2022, janvier 2023.

Santé publique France, Programme Fonctionnel tabac 2022, 158 p.

Articles de presse

Goldzahl L., Jusot F., Berlin I., Berlin N. « Et si on récompensait l'arrêt du tabac ? ». *Libération*, 6 décembre 2021 (consulté le 8 mars 2023). https://www.liberation.fr/idees-et-debats/tribunes/et-si-on-recompensait-financierement-larret-du-tabac-20211205_I4SJPE74HNA2JKB62LEVWYSB6U/

Prigent A. « L'incitation financière en santé publique, arme négligée ou fausse bonne idée ? ». *Le Figaro*, 2 janvier 2022 (consulté le 10 mai 2023). <https://www.lefigaro.fr/sciences/l-incitation-financiere-en-sante-publique-arme-negligee-ou-fausse-bonne-idee-20220102>

Roger E. « Faut-il vraiment donner de l'argent aux femmes enceintes pour qu'elles arrêtent de fumer ? ». *Le Parisien*, 8 décembre 2021 (consulté le 10 mai 2023). <https://www.leparisien.fr/societe/sante/faut-il-vraiment-donner-de-largent-aux-femmes-enceintes-pour-elles-arretent-de-fumer-09-12-2021-LBPQZNRU65CPXEAYXSZJQ7UPTM.php>

« Grossesse et tabac : les incitations financières multiplient par deux le niveau d'abstinence ». *The Conversation*, 26 janvier 2022 (consulté le 6 avril 2023). <https://www.sorbonne-universite.fr/actualites/grossesse-et-tabac-les-incitations-financieres-multiplient-par-deux-le-niveau>

Sitographie

Assurance Maladie. « Accompagner chacun dans la préservation de sa santé », 6 février 2023 (consulté le 28 février 2023). <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/preservation-sante>

Santé publique France. « Les inégalités sociales et territoriales de santé », 17 mai 2021 (consulté le 30 mars 2023). <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante#block-344919>

LISTE DES ANNEXES

- Annexe n°1 : Grille d'analyse de la revue de littérature
- Annexe n°2 : Grille d'analyse des entretiens de groupe
- Annexe n°3 : Guide d'entretien avec Justine Avenel
- Annexe n°4 : Retranscription d'entretien avec Justine Avenel
- Annexe n°5 : Guide d'entretien avec Fabrice Gzil
- Annexe n°6 : Retranscription d'entretien avec Fabrice Gzil
- Annexe n°7 : Guide d'entretien avec Frédéric Proux

Annexe n°1 : Grille d'analyse de la revue de littérature

Voir fichier joint « Annexe n°1 grille d'analyse de la revue de littérature ».

Annexe n°2 : Grille d'analyse des entretiens de groupe

Voir fichier joint « Annexe n°2 grille d'analyse des entretiens de groupe ».

Annexe n°3 : Guide d'entretien avec Justine Avenel

Contexte :

- Pourquoi ces entretiens de groupe ont-ils été organisés ?

Constitution de l'échantillon de participants :

- Combien d'entretiens de groupe ont été menés ?
- Combien y avait-il de participants par entretien ?
- Quel était le profil/les caractéristiques des participants (diversité : hommes/femmes, différentes CSP, etc.) ?
- Pourquoi n'avoir constitué que des groupes de fumeurs défavorisés ?
- Quels sont les critères d'inclusion des individus dans la catégorie des publics défavorisés d'un point de vue socio-économique ?

Recueil des données :

- À quelle date ont été organisés ces entretiens ?
- Quelle en a été la durée ?
- Se sont-ils déroulés en présentiel ?
- Par qui ont-ils été animés ?
- Quelles questions ont été posées aux participants ?
- Les entretiens ont-ils été enregistrés ? Ont-ils fait l'objet d'une retranscription/d'une prise de notes ?

Résultats obtenus :

- Les résultats ont-ils été conformes à ce qui était attendu ou bien étaient-ils surprenants ?
- Une analyse des résultats a-t-elle été faite par votre prestataire ? Si oui, qu'en est-il ressorti ?

Perspectives :

- Quels enseignements tirez-vous de ces entretiens ?
- L'idée de proposer des incitations financières à l'arrêt du tabac aux fumeurs défavorisés vous paraît-elle intéressante ?
- Quels sont les freins que vous identifiez à la mise en œuvre de ce type d'intervention ?

Annexe n°4 : Retranscription d'entretien avec Justine Avenel

Manon Remy : Bonjour Justine. Peux-tu te présenter ?

Justine Avenel : Je suis Justine Avenel, cheffe de projet Mois sans tabac.

Manon Remy : Peux-tu m'expliquer quelle était la raison d'être des ateliers CSP- organisés par Santé publique France en 2022 ?

Justine Avenel : Tout à fait. Mois sans tabac existe depuis 2016 et c'est vrai qu'après l'édition 2018, on a observé une baisse assez régulière des chiffres des différents indicateurs Mois sans tabac surtout sur le nombre d'inscriptions et de recours aux outils. Cette baisse se vérifiait d'année en année : en 2019 les chiffres étaient satisfaisants mais moins importants qu'en 2018 et en 2020-2021 franchement c'était cata. On a évidemment émis l'hypothèse que c'était lié à la crise sanitaire mais malgré tout, j'ai eu envie de changer, de tester certaines choses pour essayer de recréer une dynamique positive de Mois sans tabac. J'ai mis en place tout un processus de consultation. Pas uniquement auprès des fumeurs CSP- qui étaient donc ces ateliers créatifs mais il y a eu d'autres sessions, notamment 3, oui 3 grosses sessions de *brainstorming* avec des équipes qui sont en charge de *designer* Mois sans tabac. Il y avait l'équipe projet de Santé publique France, j'avais fait une autre session avec les agences, de com et d'achats médias, et on avait fait aussi une dernière session avec les « partenaires experts ». Il y avait le Professeur Karine Gallopel-Morvan pour le côté marketing social, il y avait des tabacologues dont l'une est très influente sur les réseaux sociaux. On s'est dit qu'on faisait table rase : si on ne devait pas refaire Mois sans tabac, qu'est-ce qu'on ferait à la place ?

Manon Remy : Chacun a fait des propositions ?

Justine Avenel : Exactement. Ils ont travaillé un peu plus les propositions et 4 de ces propositions ont été amenées dans les ateliers créatifs CSP-, en dernière partie des ateliers pour les tester auprès des fumeurs.

Manon Remy : Donc le *brainstorming* a eu lieu avant les ateliers ?

Justine Avenel : Tout à fait. Le *brainstorming* a eu lieu début février et les ateliers plutôt fin février de mémoire.

Manon Remy : Comment a été constitué l'échantillon de participants aux ateliers créatifs ? Combien d'ateliers ont été menés ? Combien y avait-il de participants par ateliers ? Quel était le profil des participants ?

Justine Avenel : On s'est reposé sur l'institut d'études Kantar qui s'est occupé de trouver l'échantillon. On avait donné des consignes, des critères, pour les personnes qu'on voulait voir dans ces sessions. Il fallait que ce soient des fumeurs, bien-sûr. Il fallait qu'ils soient de catégories socio-professionnelles défavorisées.

Manon Remy : Pourquoi ?

Justine Avenel : Parce que c'est notre cible d'intérêt sur Mois sans tabac et que c'est aussi celle qu'on a du mal à accrocher. C'est vrai pour beaucoup d'interventions en prévention : les plus éduqués, les plus riches s'approprient davantage les messages de prévention et les comportements qu'on les invite à adopter mais c'est toujours plus difficile pour les catégories socio-professionnelles défavorisées. Donc on avait vraiment envie de mettre le poids du corps sur eux car en France, ce sont eux qui fument le plus et on a du mal à leur faire changer de comportement.

Il y a eu toute une question qui s'est posée sur la mixité des groupes et je trouve que cela s'est révélé très intéressant par la suite. C'est une de mes collègues, Guillemette Quatremère qui m'a..., non je pense que c'est venu de Kantar à la base qui m'a dit « on propose de ne pas faire de groupes mixtes, de ne faire que des groupes d'hommes ou de femmes ». Je ne sais pas si c'est une compétition des genres ou une espèce de séduction, mais les consultantes de chez Kantar disaient que les femmes ne diraient pas forcément la même chose dans un groupe où elles ne seraient qu'entre femmes, et pareil pour les hommes. Donc Guillemette Quatremère, ma collègue ici, m'a dit « oui, tu peux le faire mais il faut que tu aies un groupe contrôle mixte ». On a donc fait un groupe d'hommes, un groupe de femmes et un groupe mixte. On voulait aussi qu'ils aient envie d'arrêter de fumer car c'est notre cible dans Mois sans tabac. Je ne crois pas que dans les critères de recrutement il y avait le fait d'avoir fait Mois sans tabac.

Il y a eu 3 groupes, 1 de femmes, 1 d'hommes, 1 mixte avec des âges compris entre 25 et 55 ans. C'était en différentes étapes, chacun a duré 3h. On ne l'a fait qu'à Paris, ce n'était que des gens qui vivaient en région parisienne.

Manon Remy : Ça s'est passé en présentiel ?

Justine Avenel : Oui, ça s'est passé en présentiel. On a eu peur car c'était au moment de la pandémie. Kantar a proposé qu'il y ait des inscrits dans chaque groupe qui étaient vraiment en situation de précarité : chômage, bénéficiaires de minimas sociaux, etc. Ce n'était pas un critère d'avoir fait une tentative d'arrêt mais *in fine* dans chaque groupe c'était moitié moitié.

Manon Remy : Au niveau des critères d'inclusion dans la catégorie des fumeurs CSP-, quels sont-ils ?

Justine Avenel : Ce sont des critères de revenus et de catégories d'emploi : statut professionnel, niveau de diplôme et de revenu.

Manon Remy : D'accord, donc les critères classiques. Au niveau des dates, c'était fin février 2022 ?

Justine Avenel : Oui, c'était les 21-22-23 février 2023.

Manon Remy : Ok, chaque atelier a duré 3h et par qui ont-ils été animés ?

Justine Avenel : Par une psychologue, enfin une consultante de chez Kantar.

Manon Remy : Concernant le guide d'entretien, Santé publique France avait rédigé les questions ?

Justine Avenel : Généralement on fait un *brief* à Kantar, on leur dit ce qu'on voudrait tirer de ces ateliers créatifs. Par exemple, on leur a dit quelles étaient les 4 idées qu'on voulait tester. J'avais plus ou moins donné les 3 parties que je voulais : une première partie un peu ouverte pour comprendre leur consommation de tabac, pourquoi ils fumaient et n'arrivaient pas à arrêter, une deuxième partie pour leur laisser l'espace de créer une intervention, une activation, ce qu'ils voulaient, qui eux estimaient que ça les aiderait à arrêter de fumer et une dernière partie où on testait nos 4 idées issues des *brainstorming* précédents. On n'a pas été beaucoup plus loin dans notre *brief* et ils sont revenus avec un guide d'entretien très complet.

Manon Remy : Que vous avez validé ?

Justine Avenel : Qu'on a relu et validé et qu'on a aussi un peu changé après le premier groupe. Notamment il y avait tout un exercice de projection qui ne marchait pas du tout auprès des CSP-, ils ne comprenaient pas la consigne. La projection était assez compliquée.

Manon Remy : Qu'est-ce que tu entends par projection ?

Justine Avenel : Pour essayer de savoir ce qui aurait pu les aider à arrêter de fumer, ce qui était dur pour eux dans l'arrêt, on leur disait « imaginez que vous êtes sur un bateau, votre objectif final c'est là où vous devez aller sans tabac mais il y a une tempête, quelle serait la tempête pour vous ? Il y a du vent qui vous porte, quel est le vent qui vous porte ? ». Et on les a totalement perdus.

Manon Remy : C'était très métaphorique.

Justine Avenel : C'était trop métaphorique pour cette cible-là et du coup, on les a un peu perdus. C'est Anne Pasquereau, une autre collègue qui travaille sur tabac, chargée d'études, qui a assez vite repéré cette lacune et qui a dit « on ne peut pas faire ça auprès de cette population-là ».

Manon Remy : Donc pour les deux groupes suivants...

Justine Avenel : Je crois qu'ils les ont gardés mais ils ont un peu modifié la consigne.

Manon Remy : Ça n'a pas été problématique pour l'analyse ?

Justine Avenel : Dans l'analyse on a dit qu'ils avaient du mal à se projeter.

Manon Remy : Concernant les résultats, dans la partie propositions des participants, qu'est-ce que vous avez obtenu ?

Justine Avenel : Il y en a beaucoup qui ont proposé des applications mobiles. C'était assez rigolo car c'était assez proche de ce qu'on faisait mais ils ne connaissaient pas forcément ce qu'on faisait. Même ceux qui étaient sur le digital, ils ont souvent voulu croiser le digital avec un soutien humain : appel d'un tabacologue, groupe physique...

Manon Remy : On retrouve cette volonté d'accompagnement et de soutien.

Justine Avenel : De soutien humain. Voilà... il y avait aussi la volonté de personnalisation : pouvoir faire le choix entre arrêter seul ou en groupe. Quand je lis ces résultats, même quand j'y assiste car j'y ai assisté, je me demande toujours quel est le delta entre « ah ouais, ça pourrait vraiment m'aider » et « ça m'aiderait vraiment ». On a senti que petit à petit, ils se prenaient au jeu.

Manon Remy : Les participants étaient-ils enthousiastes vis-à-vis des propositions ?

Justine Avenel : Souvent, ils croyaient à l'idée de départ. On leur laissait 1h pour réfléchir, ça peut être long 1h. Dans un des groupes, c'était un peu la roulette russe du paquet : dans le paquet tu avais une cigarette qui était sordide pour te dégouter de toutes les autres. Tu te poses la question avant de prendre ta cigarette. L'idée est intéressante, je trouve que c'est plus une idée com qu'une idée soutien. Ça reste quand même une maladie, une addiction. Si tu es vraiment addict, tu vas toutes les fumer, quitte à prendre la mauvaise et tu sais qu'elles sont toutes mauvaises. Une idée à laquelle on ne s'attendait pas, c'est l'aide financière qui est venue de manière quasi spontanée dans beaucoup de groupes.

Manon Remy : Quand tu dis quasi spontanée, ça veut dire... ?

Justine Avenel : Il y en a dans la première partie des ateliers, celle qui visait à comprendre le mécanisme de leur tabagisme, qui disaient « moi si on me payait pour arrêter, je trouverais ça fou, ça m'aiderait tellement ». Les bras nous en sont tombés parce qu'on ne pensait pas du tout que c'était quelque chose d'admis, auquel les gens allaient penser. D'autres disaient « et en plus tu pourrais

gagner des lots ». Ils pensaient à des bons pour aller faire leur plein d'essence ou des choses comme ça qui allaient venir récompenser leur sevrage.

Manon Remy : Et vous à Santé publique France, vous aviez déjà réfléchi à cette possibilité ? Du moins vous en aviez connaissance ?

Justine Avenel : C'est ça, on en avait connaissance. Dans l'équipe on s'est tous dit que c'était assez intéressant comme concept mais on n'a jamais poussé le curseur jusqu'à se dire « on pourrait le mettre en œuvre ». Encore aujourd'hui, on trouve ça très innovant mais cela pose plein de questionnements éthiques et de mise en œuvre aussi. On avait déjà connaissance à ce moment-là de l'étude d'Ivan Berlin.

Manon Remy : Ils étaient venus vous la présenter à Santé publique France ?

Justine Avenel : Je ne sais pas s'ils étaient déjà venus. Ça s'est peut-être fait juste après la présentation de l'équipe de recherche mais en tous cas, le papier était sorti et on l'avait lu. Je pense que c'est à ce moment-là que Romain Guignard a fait ses premières petites recherches biblio pour voir ce qu'il en était mais sans aller très loin parce qu'on a du mal à savoir dans quelle mesure ce serait le rôle de Santé publique France de mettre ce genre d'intervention en place. Il y a toute une partie terrain que nous, à l'unité addictions, on ne fait pas.

Manon Remy : Les participants ont énoncé cette possibilité alors même que Kantar n'en avait pas du tout parlé ?

Justine Avenel : À ce moment-là, ils n'en avaient pas du tout parlé en spontané. On en parlait dans les 4 propositions, ça faisait partie des 4 idées issues des *brainstorming* précédents qu'on leur présentait à la fin mais ils n'en parlaient vraiment qu'à la dernière heure. D'ailleurs, ils n'ont jamais utilisé l'expression consacrée « incitations financières ». Vraiment, c'était une énorme surprise. On ne s'y attendait mais pas du tout car même pendant les *brainstorming*, il y avait des personnes qui étaient complètement contre ça.

Manon Remy : En interne ?

Justine Avenel : Ce n'était pas des personnes de Santé publique France, en interne ça nous intéresse, mais plutôt des agences qui ne comprenaient même pas comment on pouvait penser à ça. Ce sont des personnes qui ne connaissent pas la prévention, le changement de comportement, elles sont plus côté com ou côté achats médias. En l'occurrence, la personne qui s'est vraiment opposée est dans la production de contenu télévisuel, elle était en totale opposition avec cette idée-là. Elle disait, et je

pense que c'est quelque chose qui revient souvent dans la prévention du tabagisme, qu'initialement le fait de fumer c'est un choix individuel alors qu'on connaît les conséquences sanitaires, le risque de tomber malade, de mourir. Elle disait que si les gens font ce choix, ce n'est pas à la société de donner de l'argent pour qu'ils arrêtent.

Manon Remy : L'argument assez classique.

Justine Avenel : Quand on creuse un peu le sujet, c'est un argument qui ne tient pas, notamment parce que sont les catégories socio-professionnelles défavorisées qui fument...

Manon Remy : Qui connaissent moins les risques...

Justine Avenel : Pas forcément, ils connaissent les risques mais vont les mettre à distance. Plusieurs choses jouent là-dessus : fumer peut être valorisé dans leur milieu et peut leur donner le sentiment d'appartenance à la classe sociale, tu pourrais lire Bourdieu à ce sujet. Il y a aussi le fait qu'ils mettent le risque plus à distance, surtout le risque à long terme : ce sont des gens qui vivent beaucoup plus dans l'instantanéité "*live fast, die young*". En fait, ils prennent beaucoup de risques et ont une vie beaucoup plus rapide qui va faire qu'ils ont des chances de vivre moins longtemps. Cela se retrouve aussi dans le fait que les classes populaires vont faire des enfants plus tôt et vont en faire plus ce qui, on le sait, a des conséquences sanitaires sur le restant de leur vie. Il y a tout un corpus de littérature scientifique là-dessus. On sait très bien que ce n'est pas qu'un choix individuel de fumer, c'est quelque chose qui est socialement extrêmement marqué, donc on ne peut pas dire « la personne fume et c'est son choix individuel ». En plus, on est en train de se rendre compte qu'il y a peut-être une prédisposition biologique...

Manon Remy : Ah...

Justine Avenel : Je ne peux pas t'en dire beaucoup plus car je n'en sais pas beaucoup plus à ce stade.

Manon Remy : Tu me tiendras informée. Donc eux, les fumeurs ont bien pris cette proposition ?

Justine Avenel : Les fumeurs étaient très enthousiastes !

Manon Remy : Il n'y a pas du tout eu de question d'infantilisation ou de stigmatisation vis-à-vis du reste de la population ?

Justine Avenel : Non, pas du tout. Cela faisait partie des questions qu'on avait prévu de poser dans la dernière partie, où on leur présentait l'aide financière. Il y avait le côté récompense pour l'effort fourni. Ce qui était rigolo, c'est que certaines personnes avaient mis ça en place au sein de leur foyer.

Dans un couple, ils avaient une tirelire et chacun mettait quelque chose dans la tirelire de l'autre quand il fumait. L'homme a continué de fumer donc la femme avait une énorme tirelire. De mémoire, elle s'est achetée un Moulinex, un Thermomix [rires] ! Pour lui, c'était la double peine car il achetait son paquet et il mettait l'équivalent dans la tirelire de sa femme. Pour elle, c'était le double bénéfice car non seulement elle ne mettait pas son argent dans le tabac mais en plus, elle n'avait pas à mettre dans la tirelire de son conjoint. Donc des gens avaient en quelque sorte déjà mis ça en place chez eux.

Manon Remy : Et concernant les modalités, est-ce qu'ils se projetaient au-delà de dire « oui, c'est chouette, ça m'intéresse » ?

Justine Avenel : Oui, mais ils n'allaient pas très loin dans l'opérationnel au moment des ateliers créatifs. Ils discutaient du type de récompense : est-ce que ce serait des bons cadeaux, des bons d'essence, etc ? Ils avaient aussi parlé de la modalité du montant : quel était le montant qu'il faudrait associer à cette récompense. Il n'aurait pas fallu que ce soit plus qu'un paquet de cigarettes.

Manon Remy : Par semaine ? Par mois ?

Justine Avenel : Par semaine. Ils disaient qu'il ne faudrait pas que ce soit plus que le nombre de paquets qu'ils auraient achetés parce que sinon ils pourraient acheter initialement des paquets et fumer pour ensuite avoir une récompense.

Manon Remy : Cela dépend du niveau de consommation.

Justine Avenel : Tout à fait. Généralement, les gens sont autour d'un paquet par jour. En revanche, en dernière partie d'entretien, ils ont beaucoup plus creusé les modalités : Où est-ce qu'il faudrait le faire ? Où est-ce qu'on va se faire tester pour montrer qu'on n'a pas fumé ? Ils insistaient sur la proximité, il ne fallait pas que ce soit trop loin. Ils ont beaucoup pensé à quel type de test ce serait : un test urinaire/un test par expiration ?

Manon Remy : Ok, donc l'accessibilité du lieu dans lequel ils se feraient tester.

Justine Avenel : Exactement. Ils étaient partis sur 15 euros par semaine et ils avaient plutôt validé le contrôle par test de CO dans l'air expiré. Ils ont aussi beaucoup réfléchi à la fraude. Ce qui les a beaucoup inquiétés c'est que des gens, des jeunes surtout, ils étaient beaucoup sur les jeunes, risquaient de se mettre à fumer pour avoir la récompense financière. Fumer deux fois pour se déclarer fumeur et pouvoir participer leur paraissait simple.

Manon Remy : C'est intéressant la rigueur qu'ils portent au processus. Il n'y a pas de comportement opportuniste de leur part.

Justine Avenel : Non ! Je pense que ce sont des gens qui ont vraiment envie d'arrêter de fumer, ils sont prêts à faire différentes choses. Ce qui était rigolo, et ce qu'on remarque dans l'exercice du quali, c'est qu'ils vont vraiment mettre à distance, et donc parler des jeunes, pour éviter de parler d'eux aussi.

Manon Remy : C'est quand même des modalités concrètes qui ont été discutées, ils se sont projetés...

Justine Avenel : Oui, assez. En tous cas, pour eux c'était une motivation pour essayer de faire une tentative d'arrêt.

Manon Remy : Je vois. Et par rapport aux autres possibilités qui avaient été évoquées, comment l'idée des incitations financières est ressortie ?

Justine Avenel : Vraiment bien ! Je pense que ça faisait partie des choses qu'ils ont préférées. Ça se ressent dans les verbatims : « ah bah là je mets 10/10, j'irai direct ! », « super, 10/10, c'est fort ! », « le bon d'achat il me tente tout de suite ». Dans les autres éléments que l'on avait proposés, il y avait le challenge plus court, le fait d'arrêter 1 semaine ou 1 jour. Déjà ils ne comprenaient pas pourquoi on les faisait arrêter 30 jours pendant Mois sans tabac, là ils ne comprenaient pas plus. On avait testé aussi une application, un système de "*pairing*" pour ne pas arrêter seul. L'idée était de trouver un *buddy* d'arrêt. À la fois ils ont trouvé ça intéressant parce que ça reprenait leur idée des choses qu'ils auraient pu mettre dans leur application mais ils trouvaient que ça faisait un peu trop appli de rencontres et ça les gênait, surtout ceux qui étaient en couple. Ils avaient peur de ne pas savoir sur qui ils allaient tomber et ils auraient voulu pouvoir choisir de s'arrêter avec un *coach* sportif, avec quelqu'un ayant déjà arrêté de fumer, avec quelqu'un qui est en train d'arrêter de fumer, etc.

Manon Remy : La qualité de la personne est importante.

Justine Avenel : Oui, ça les inquiétait un peu. La dernière idée c'était celle qui a été très modifiée mais mise en œuvre, celle d'un concert ou d'un festival pour créer un événement fédérateur autour de l'arrêt du tabac.

Manon Remy : C'est l'idée qui est la mieux ressortie ?

Justine Avenel : Non, mais c'était assez simple pour nous de modifier ce qui ne leur plaisait pas dans cette idée. Pour eux, le festival c'était hors de question car c'est un lieu de poly consommation. Ils disaient « qui va nous interdire de fumer ? ». Ils trouvaient que c'était un peu en décalage avec l'arrêt du tabac. Il aurait fallu des stands pour aider les gens à arrêter de fumer, des choses comme ça. Ils aimaient bien le côté ludique et convivial qui est très proche de Mois sans tabac et ils aimaient bien la

dimension collective. Mais ce qui avait remporté le plus de points positifs, c'était vraiment les incitations financières.

Manon Remy : Qu'est-ce tu retiens de ce constat ?

Justine Avenel : On en a tiré plusieurs choses. Déjà, on s'est dit c'est qu'il fallait maintenir Moïs sans tabac mais qu'il fallait vraiment aller vers plus de personnalisation, ce qu'on a du mal à faire car techniquement c'est compliqué. En interne, tout le monde n'est pas convaincu que ce soit possible. Ce n'est pas si simple de personnaliser. Il n'y a pas qu'une recette pour arrêter de fumer mais il n'y en n'a pas 1000 non plus. Moi, je trouvais que l'idée des incitations financières était vraiment top. Ce qu'on s'est dit en conclusion de tout ce travail, c'est qu'il faudrait qu'on y réfléchisse sérieusement. C'est quelque chose qui va se penser sur 2-3 ans. Comme tu l'as vu, c'était il y a plus d'1 an et depuis on n'a pas beaucoup avancé. C'est un sujet qui prend beaucoup de temps et si un jour on décidait de le mettre en œuvre, cela demanderait beaucoup de plaidoyer auprès des décideurs parce que c'est un sujet très clivant comme on l'a vu pendant les *brainstorming*. Personnellement, je trouverais ça intéressant qu'on aille faire quelque chose d'autre que nos gros dispositifs de communication, de marketing social, qui on le sait sont efficaces, font avancer les choses mais force est de constater que depuis 2019 on est quand même sur une stagnation. Je pense qu'il faudrait implémenter quelque chose de nouveau, un truc de visible, novateur. Sur le terrain on veut que ça marche, surtout auprès de ces catégories socio-professionnelles.

Manon Remy : Tu penses qu'il faudrait réserver les incitations financières aux catégories CSP- ?

Justine Avenel : Oui, complètement.

Manon Remy : Comme freins à l'intervention, tu identifies principalement l'acceptabilité politique et aussi l'opérationnalisation/la mise en œuvre ?

Justine Avenel : Exactement. On est censés travailler sur l'ensemble du territoire français. D'habitude, quand on dit que c'est difficile de travailler sur l'ensemble du territoire, on pense aux DROM. Mais rien qu'au niveau de la métropole, je n'ai déjà pas le schéma de mise en œuvre en tête. Il faut que ça colle avec d'autres partenaires qui ont l'habitude de faire du terrain, c'est vraiment ce qu'il va falloir faire. Ce n'est pas du tout notre spécialité dans l'unité addictions. Il y a des agents à la DPPS qui en font plus, en tous cas ils mettent plus en œuvre ce genre de dispositifs et ils ont l'habitude de travailler avec des partenaires de terrain. Tu vois typiquement, ICAPS, il y a quand même un ressort de terrain. Donc à l'unité nutrition, alimentation, activité physique, ils ont déjà mis ça en place. Je trouve que ce serait top et j'imagine qu'il va falloir le faire en plusieurs temps, peut-être faire d'abord un pilote à

l'échelle d'un département pour voir comment ça prend. Je trouve ça très enthousiasmant, je suis partante pour aller dans ce sens-là et puis j'ai aussi envie de faire des choses nouvelles, de faire un peu bouger les lignes. Je pense que ça, ça peut marcher.

Manon Remy : C'est vrai que ça donne envie !

Justine Avenel : Je pense que ça va être difficile de convaincre en interne comme en externe. Ce qui serait incroyable, ce serait d'avoir plus d'ETP parce que si on fait ce projet, il faut qu'on se demande ce qu'on ne fera pas à côté.

Manon Remy : Tu penses que vous devriez faire un arbitrage ?

Justine Avenel : Oui. Sur nos campagnes de communication on s'appuie beaucoup sur nos prestataires, mais là... On pourrait peut-être le faire avec le BIT, ça pourrait être intéressant. Mais aujourd'hui on n'a pas de prestataire comme ça, c'est pour ça qu'on parle de partenaires. C'est un arbitrage : si on fait ça, qu'est-ce qu'on abandonne à côté ? Est-ce qu'on fait une 5ème rediffusion de la campagne Mois sans tabac ? On ne pourra pas faire une nouvelle campagne en plus de ça en parallèle. Pourtant, je ne pense pas que le sujet ce soit l'argent. Je ne pense pas que ça coûte si cher à mettre en œuvre, en tous cas pas à l'échelle pilote d'un département d'une région. Je ne pense vraiment pas que le sujet soit là. On a quand même 12 millions pour faire Mois sans tabac en comptant nos salaires. Ça ne coûte même pas 1 million de faire ça. Je pense que ça coûte quelques dizaines, allez 100 000€, mais pas beaucoup plus.

Manon Remy : Ce serait peut-être possible de briefer un partenaire pour qu'il le mette en place ?

Justine Avenel : Oui, on pourrait l'accompagner et faire l'évaluation, des choses qui demandent des expertises que nous avons ici. Je pense que oui... mais je ne crois pas que pour ICAPS ça se soit passé comme ça. Est-ce que le modèle ICAPS ne serait pas un bon début pour commencer ? C'est à creuser.

Manon Remy : Je vais essayer de me renseigner.

Justine Avenel : Tu peux même en parler avec quelqu'un de la *team* nut, je ne sais pas qui s'en occupe.

Manon Remy : Oui !

Justine Avenel : Déjà si on arrive avec une feuille de route « c'est ça qu'il faut mettre en place » et qu'on la donne à une ARS ou à une association, le coût d'entrée n'est pas le même. Et si en plus on leur dit qu'on finance l'intervention, je ne vois pas pourquoi ils diraient non. C'est mon point de vue, peut-être très naïf, j'en conviens.

Manon Remy : Il faut essayer !

Justine Avenel : Je pense que c'est une bonne manière de commencer... C'est plus acceptable de le faire comme ça que de dire que nous allons le faire sur le terrain, ce qu'on ne fera pas car on ne sait pas faire.

Manon Remy : Et pourtant, est-ce que ça pourrait faire partie des missions de Santé publique France ?

Justine Avenel : Il faudrait regarder les statuts. Je ne sais pas si c'est écrit comme ça. En tous cas, ce qu'on m'a déjà dit c'est que dans les statuts de Santé publique France il est écrit que l'Agence doit innover et tester de nouvelles choses. Normalement, on n'est pas censé continuer de refaire sans cesse ce qui a déjà été fait. Une fois que ça a fonctionné, l'idée c'est de le donner et de ne plus s'en occuper, quitte à continuer de le financer. Les équipes de Santé publique France sont censées être dans l'innovation et chercher de nouvelles choses qui fonctionnent.

Manon Remy : C'est d'ailleurs ce que disait Caroline Semaille lors de son discours d'arrivée...

Justine Avenel : Parce qu'elle a lu les statuts de Santé publique France !

Manon Remy : Et à ton avis, que va devenir Mois sans tabac ?

Justine Avenel : Je crois que ça dépend principalement de nous, de ce qu'on a envie de faire. Aujourd'hui on le garde parce que c'est un étendard, un repère, quelque chose qui fonctionne, qui nous rend très visible. Jusque-là, on n'a jamais eu de DG qui nous a dit « maintenant il faut en faire autre chose, ou bien si vous continuez à faire la même chose, c'est quelqu'un d'autre qui va le faire ». Ça arrivera peut-être un jour. Ce qui est sûr c'est que c'est tellement chronophage comme organisation que ce sera compliqué de faire autre chose en plus. Ou alors il faudrait que ce soit quelque chose qui vienne se plugger, mais il faudrait quand même se délester d'une partie. Cette année c'est une rediff mais malgré ça, du 20 août au 15 octobre, je ne verrai pas le jour. Normalement, c'est de mars à mi-octobre. On ne peut pas tout faire. On pourrait avoir plus de RH, mais je ne crois pas que ce soit dans la feuille de route de Santé publique France... Mais je trouverais ça super d'innover, j'ai envie d'y croire.

Manon Remy : Merci beaucoup ! Veux-tu ajouter autre chose, une dernière info... ?

Justine Avenel : Non, je ne pense pas. On a bien parlé du sujet !

Annexe n°5 : Guide d'entretien avec Fabrice Gzil

Présentation du projet d'intervention :

- Identifiez-vous d'emblée certains risques/enjeux éthiques ?

Identification de plusieurs risques :

1. Risque de stigmatisation / infantilisation des fumeurs bénéficiaires
 - Pensez-vous que l'intervention pourrait être mal reçue par les fumeurs bénéficiaires ?
 - L'intervention vous paraît-elle compatible avec les grands principes de l'éthique (bienveillance et non-malfaisance, fidélité et responsabilité, intégrité, justice et respect des droits de la personne et de sa dignité) ?
2. Risque d'iniquité vis-à-vis des fumeurs non bénéficiaires
 - Peut-on considérer qu'il est éthique de cibler dans cette intervention les fumeurs défavorisés, car ils ont une prévalence tabagique particulièrement élevée, plutôt que l'ensemble des fumeurs (forme d'équité verticale) ?
 - Pensez-vous qu'il serait pertinent pour cette intervention d'opter pour l'universalisme proportionné ?
3. Risque de non-acceptation de l'intervention par la population générale
 - Quelle pourrait-être selon vous l'acceptabilité de cette intervention par la population générale ?

Question conclusive :

- Il y a-t-il d'autres points d'attention que vous souhaiteriez mettre en avant ?

Annexe n°6 : Retranscription d'entretien avec Fabrice Gzil

Préalable : Présentation du projet d'intervention.

Manon Remy : Identifiez-vous d'emblée certains enjeux éthiques relatifs à ce projet d'intervention ?

Fabrice Gzil : Je pense qu'il y en a plusieurs. La première qu'on voit comme ça... on parle de mesures de prévention d'un comportement qui reste assez largement partagé quels que soient les milieux professionnels... si on offre ce moyen-là pour arrêter, en termes de justice et d'équité, pour les différents types de population à qui on le propose... est-ce qu'on est bon ? Il y a plusieurs façons d'inciter les gens à arrêter de fumer : vous pouvez mettre des gens à moitié morts sur les paquets de cigarettes, enlever tout le marketing... il y a une palette de choses. Est-ce que dans la palette des choses qu'on propose... Là je trouve qu'il y a un côté un peu *hard* du process. C'est une impression première, on y reviendra. Il n'y a pas de liberté du tout, il n'y a pas de liberté du fait des bons d'achat notamment. Je trouve que c'est très fléché. On pourrait dire « on vous rend une liberté, vous arrêtez de fumer, vous n'êtes plus sous l'emprise d'une contrainte interne, on va vous aider à vous en libérer ». Il y a donc une visée de libération et pour la libération on reprend un dispositif qui est quand même assez contraignant, qui est contraignant par les bons d'achat et par la somme... La somme n'est pas négligeable : 450€ en 6 mois, ça peut inciter des gens qui ne vont pas être libres non plus d'entrer dans cette démarche-là. Ma première question se pose en termes de justice et d'équité par rapport à la palette des autres méthodes pour arrêter de fumer. Celle-là je trouve que ce n'est pas la plus *soft*, reposant sur la liberté, l'émancipation... Je me pose la question de savoir à qui ça va finalement être proposé.

Manon Remy : Les dernières études publiées montrent que les personnes défavorisées d'un point de vue socio-économique ont une prévalence du tabagisme quotidien beaucoup plus élevée que les personnes plus aisées. On n'arrive pas à toucher cette population de fumeurs, malgré les campagnes de communication et de marketing social qui sont vraiment ciblées sur ces fumeurs, malgré le remboursement par l'Assurance maladie des traitements de substitution nicotinique, malgré tout ça on n'arrive pas à les toucher. L'idée serait d'essayer quelque chose d'innovant...

Fabrice Gzil : Je trouve ça paradoxal de viser à ce point une libération de l'émancipation par quelque chose d'aussi contraignant.

Manon Remy : D'accord.

Fabrice Gzil : D'une certaine façon, on leur remet la tête sous l'eau avec une forme de contrainte. Il y a un truc pour arrêter de fumer qui est quand même sympa : c'est mettre l'argent de tous les paquets de cigarettes que je n'ai pas fumés dans une boîte et j'ai à la fin du mois une somme conséquente si je fumais 1 paquet ou 2 par jour. Au moins, ça fait un pouvoir d'achat qui augmente considérablement. Il y a un côté *rewarding* et il y a un côté j'en fais ce que je veux, je peux acheter quelque chose qui me fait plaisir, etc. Là, si j'ai bien compris, les bons d'achat sont un peu ciblés ou en tous cas ils réduisent le champ des possibles. Je trouve ça un peu fort et je me demande si à des riches on imposerait quelque chose d'aussi contraignant. C'est une vision un peu Marxienne de votre sujet, mais je trouve que ça fait beaucoup de contraintes quand même.

Manon Remy : Vous pensez qu'un paiement en espèces serait plus acceptable ?

Fabrice Gzil : Ce serait un peu différent, je trouve. Cela redonnerait une forme d'auto-détermination et de foi. C'est comme quand vous avez l'APA, l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie, le Conseil général, au lieu de vous donner de l'argent pour que vous choisissiez le service que vous voulez, il flèche déjà le service d'aide qui va venir chez vous. Ça va, on n'est pas en Chine non plus [rires]. On contrôle les comportements et les conduites. Je trouve que la santé publique doit être vraiment très très attentive. On voit bien qu'elle vise à modifier les comportements. On sait très bien qu'on est un peu victimes de nos habitudes et qu'il faut s'en libérer mais là ce n'est même plus du *nudge*...

Manon Remy : Non, ce n'est plus du *nudge* car on a une approche vraiment économique. L'idée est de modifier l'arbitrage du fumeur grâce à l'incitation financière.

Fabrice Gzil : Oui... Et là, qu'est-ce qu'ils peuvent acheter avec leurs bons d'achat ?

Manon Remy : Alors, dans les études ce sont souvent des bons d'achat pour des produits alimentaires, des produits essentiels. À Santé publique France des *focus groups* ont été menés sur le sujet et l'idée des bons d'achat pour l'essence est aussi ressortie.

Fabrice Gzil : Pour moi on est un peu dans ces détails-là, effectivement. On sort un peu du champ de la santé et ça redevient quelque chose dont on peut avoir l'usage qu'on veut. On peut aller acheter du gasoil, on peut le revendre... ça redonne une forme de liberté. Vous utilisez cet argent pour aller où vous voulez : travailler, partir en vacances... Il y a une forme de réappropriation et de liberté. Je trouve que l'incitation est intéressante si on arrive à en faire une forme de reprise en main, la reconquête d'une maîtrise. OK, déjà ce n'est pas une pénalisation.

Manon Remy : Non.

Fabrice Gzil : C'est déjà pas mal ! On y arrivera certainement mais on sent très bien que les systèmes de santé ont plus du tout envie de payer des choses à des gens que l'on considère quasiment comme des pathologies auto-infligées.

Manon Remy : La fameuse croyance selon laquelle le fumeur a fait le choix de fumer alors maintenant c'est à lui de s'en sortir par ses propres moyens.

Fabrice Gzil : Oui, voilà. Là, je trouve qu'il y a une âpreté dans la chose qui fait qu'on se dit que dans le panel des solutions qui peuvent être offertes aux gens pour arrêter de fumer... c'est vraiment un labyrinthe.

Manon Remy : Je vois ce que vous voulez dire, mais en même temps pour ces fumeurs, pouvoir gagner de l'argent en s'arrêtant ça peut être attractif.

Fabrice Gzil : Mais ce n'est pas de l'argent. Ce n'est pas de l'argent, c'est un bon d'achat. Pour moi c'est une énorme différence. L'argent vous en faites ce que vous en voulez : vous pouvez acheter un cadeau à votre homme, vous pouvez investir dans une maison, etc. C'est une liberté totale, c'est pour ça que l'essence c'est un peu pareil : il y a un réinvestissement par l'individu de ce qu'il veut. C'est vraiment un outil de liberté. On va le faire pour faire ce qu'on veut, et à la limite possiblement quelque chose d'illégal en plus. Alors qu'on pourrait aller sur le désir et la liberté, avec le produit alimentaire on va sur le besoin. On est sur le besoin donc sur une forme de nécessité « il faut que je mange ». De l'argent que je n'ai pas dépensé en fumant et que j'ai mis dans une tirelire, c'est une liberté, c'est un plus, c'est positif. Là je trouve que l'incitation elle est... surtout si elle est désignée pour une population particulière. Donnons-lui à cette population là... faisons lui confiance : si elle s'engage dans un processus d'arrêt dans un temps long... ce flicage il est quand même dur. Les patchs sont en partie remboursés et on ne va pas fliquer les gens en vérifiant qu'ils ont arrêté de fumer. La dimension contrôle est très puissante là alors qu'avec d'autres méthodes on ne l'a pas. Il faut faire jouer les stratégies pour arrêter de fumer (remboursement des patchs, des médicaments, les suivis psy, les séances d'hypnose). Il y a une palette, une offre, une stratégie plus globale. Si on n'arrive pas à toucher une population, on crée une nouvelle stratégie en se demandant s'il y a une correspondance entre stratégie et population, compte tenu des caractéristiques de cette stratégie, assez disciplinaire si on fait du Foucault, et assez orientée vers le besoin. Epicure vous dirait « si le besoin naturel est nécessaire mangez ? ». Ça ne me fait pas rêver qu'on me donne des bons alimentaires pour aller m'acheter à manger, il faut introduire du désir là-dedans. Il y a plus de liberté et moins de contrôle pour d'autres populations vis-à-vis desquelles on a le même but. Si on n'y arrive pas grâce aux autres

stratégies, OK on en fait une spécifique mais cela nécessite une vigilance particulière parce qu'il y a des enjeux de stigmatisation.

Manon Remy : Et d'infantilisation ?

Fabrice Gzil : Et d'infantilisation parce qu'il y a une inégalité de traitement, on renforce une sorte d'inégalité. Non seulement vous êtes pauvres mais en plus, pour arrêter de fumer on va vous faire la méthode dure... Après, c'est un point de vigilance, je ne suis pas en train de faire une tribune pour dire « c'est absolument dégueulasse », mais quand même.

Manon Remy : Oui, les enjeux éthiques sont très présents.

Fabrice Gzil : Si on entre dans le détail, par exemple si on donnait des bons pour le gasoil, déjà on change complètement de nature. Ce n'est pas de l'argent, je comprends qu'on ne donne pas de l'argent, je peux éventuellement comprendre. Vous voyez la différence c'est que l'un permet tout ou presque, l'argent, et c'est quelque chose qui ne relève pas de ce qu'Epicure appellerait les besoins naturels nécessaires. On est dans un champ de la vie et de l'existence où il y a une possibilité de liberté, de donner à ça le sens qu'on veut : pour aller travailler, pour le donner à mes enfants, pour le donner à mes petits-enfants qui vont avoir leur premier stage et qui en ont besoin, pour... Je lui redonne la signification que je veux. Là, il y a la reconquête d'une liberté et c'est quand même le but. Sauf si le but est de faire baisser la charge pour le système de santé. Là, on est dans une logique un peu positive. Ce serait cohérent : on veut vous affranchir d'une dépendance ou d'une addiction et on vous dit « ça va vous libérer » et déjà ça commence à vous libérer parce que ça vous redonne un pouvoir d'agir, une forme de maîtrise sur votre vie, une façon de vous exprimer dans l'usage que vous allez en faire. Cela veut dire qu'arrêter de fumer c'est aussi une façon de s'exprimer et de ne plus être victime de la nécessité intérieure en soi. On reprend un petit peu de contrôle. Il y aurait une forme de continuité, de cohérence, entre ce qu'on essaye de faire : libérer la personne de son addiction et lui donner la liberté de le faire.

Manon Remy : Je n'avais pas réfléchi aux choses de cette manière. Le risque en donnant des espèces est que les gens s'achètent par exemple de l'alcool qui les ferait tomber dans une autre addiction. Mais je comprends bien que pour l'estime de soi-même, l'auto-efficacité, la réappropriation de sa vie cela puisse poser question...

Fabrice Gzil : On ne croit pas à la liberté des gens, il faut croire en la liberté des gens. On veut les affranchir et les libérer d'une forme de dépendance interne très puissante. En termes de responsabilité je comprends...

Manon Remy : Cela reste de l'argent public.

Fabrice Gzil : La santé publique n'a pas à moraliser les gens. Si on partait sur les produits alimentaires, alors on n'aurait droit qu'aux Nutri-Score A et B parce que vous ne pouvez pas acheter de Mars sinon vous allez devenir obèse ce qui coûtera encore plus cher au système de santé [rires]. Je comprends mais je trouve qu'on est dans une espèce d'hypocrisie. On n'arrête pas de parler, y compris dans le soin ou en santé, de consentement mais c'est une liberté qui est très très très réduite en interdisant tout un tas de choses. On dit « si les gens pouvaient le faire, ils feraient n'importe quoi ». Quand on a ouvert l'IVG, on a dit que ça allait faire exploser le truc alors que non, c'est resté à peu près stable, ça augmente en tendance mais ça reste des choses que tout le monde aimerait éviter. C'est comme si en ouvrant des droits on allait... Il y a ce paradoxe de vouloir libérer les gens mais de se méfier de ce qu'ils vont faire de la liberté qu'on leur donne. C'est quand même étonnant ! Faisons confiance dans cette liberté. Le paradoxe, outre le paradoxe de la justice, c'est un paradoxe de vouloir affranchir d'une dépendance sans donner une véritable liberté, en donnant une liberté très très très encadrée.

Manon Remy : Et même si c'était en population générale de fumeurs ?

Fabrice Gzil : Ah ! Ah bah là, ça change.

Manon Remy : Vous pensez que cela changerait quelque chose si cette intervention ne ciblait pas seulement les fumeurs défavorisés ?

Fabrice Gzil : Cela me poserait moins problème en termes d'équité. Dans la palette des choses, tout le monde pourrait faire le choix de se tourner vers ça ou non. Oui, là ça le serait peut-être un peu moins parce que ça n'atteindrait pas la liberté : ils auraient le choix pour arrêter de fumer de se mettre dans un truc plutôt dur ou plutôt *soft*.

Manon Remy : Oui, mais les fumeurs défavorisés c'est la même chose, on ne les oblige à rien. Ce sont des fumeurs intentionnistes à l'arrêt qui participeraient à ce type de programme.

Fabrice Gzil : Non mais si dans la palette des choses qui existent, quiconque peut choisir... ça veut dire qu'on a un objectif qui est d'arrêter de fumer et qu'on choisit la méthode qu'on veut utiliser. On choisit que ce soit un *coaching*... à ce moment-là on récupère une certaine liberté dans le choix. Par moment, on se dit « il faut que je me fasse violence pour me libérer de ça ». Moi je sais que j'ai besoin d'un truc qui me contraint, qui me teste. J'ai besoin de cette contrainte extérieure pour essayer de me libérer et à ce moment-là, je récupère de la liberté dans le choix de m'imposer à moi-même quelque chose de contraignant.

Manon Remy : C'est le choix de l'outil qui importe selon vous.

Fabrice Gzil : Oui, voilà. Là, ça réintroduit la liberté, ça renforce une forme de pouvoir d'agir ou de maîtrise car c'est en fonction de la connaissance qu'on a de soi-même qu'on choisit d'aller plutôt vers là. Même si c'est une grande discipline, je le fais sur la base de la connaissance que j'ai de moi-même. Il y a une forme de connaissance de soi qui intervient et une forme de souci de soi. Le premier à se soigner, c'est celui qui choisit. Je pense que si on n'a pas ça, s'il n'y a pas une motivation quand même, ça peut éventuellement marcher mais je ne suis pas sûr que ce soit très durable.

Manon Remy : Vous voulez parler du sevrage tabagique sur le long terme, du taux de rechute ?

Fabrice Gzil : Oui. À mon avis c'est parce qu'il faut se le réapproprier comme un projet pour soi-même. Je pense que le souci de soi est premier dans le fait de se soigner et de guérir. Même si on dit qu'il y a des professionnels soignants, c'est quand même moi qui dans les ¾ des cas vais voir mon médecin. Donc l'initiation de la démarche... en tous cas il faut redonner l'impulsion.

Manon Remy : En même temps, on sait que les publics défavorisés ont moins tendance à recourir aux soins, qu'ils en sont plus éloignés. Aussi, la cigarette est un palliatif à un quotidien qui est compliqué. Malheureusement, peut-être que d'eux-mêmes ils ne vont pas voir...

Fabrice Gzil : Non je ne crois pas. Je crois que si on les prenait entre quatre yeux et qu'on leur disait... cela repose sur une relation authentique. Ils ne pensent pas que fumer est une bonne chose, ils ont vu leur père et leur mère avoir un cancer du poumon. Je pense qu'ils le savent.

Manon Remy : Oui, ils connaissent les risques mais ils les mettent à distance.

Fabrice Gzil : Comme on fait tous.

Manon Remy : Particulièrement eux parce que la cigarette tient un rôle particulier dans leur vie. Elle leur permet de sociabiliser, d'avoir le sentiment d'appartenance à un groupe...

Fabrice Gzil : Comme on fait tous.

Manon Remy : Les études montrent que c'est particulièrement vrai chez ces fumeurs.

Fabrice Gzil : Je n'y crois pas [rires]. Qu'il y ait un accès aux soins moindre, ça c'est évident. Malgré tout, je pense que le ressort est présent et il faut trouver le chemin d'entrée pour l'activer. Sinon je pense que cela va possiblement avoir des effets durables sur 6 mois, ou 8, et qu'on aura agi en surface. Même si ce sont des gens qui sont plus soumis à des déterminismes, pour autant ils cherchent un ressort de liberté, une volonté de se libérer et de s'émanciper de quelque chose. Cette volonté est

présente en chacun, en tout homme, à chaque âge et intégralement. C'est une pulsion de vie, c'est un désir de liberté qu'il faut essayer de trouver. La pulsion de vie, on ne peut pas la cadrer, il ne faut pas aller la chercher, il faut trouver quelque chose qui l'allume. Alors peut-être que l'argent en tant que tel n'est pas suffisant non plus, mais il faut quelque chose d'un peu attractif. Les gens retrouvent eux-mêmes un sens à arrêter parce qu'ils ont des enfants et que ce serait quand même dommage qu'ils meurent à 50 ou 60 ans sans les voir grandir. C'est une motivation intime. En termes d'efficience aussi, c'est peut-être mon 3ème point. Ce ne sont pas juste des arguments moraux que je vous donne. En termes d'efficience, si on veut un effet durable, il faut qu'on aille activer un ressort chez la personne. On homogénéise beaucoup trop cette population, il faut demander à chacun : « vous avez la cigarette festive, du travail, de l'ennui, du stress ? », « quelles sont vos motivations ? ». Comment aller chercher ce ressort intime chez quelqu'un, une réactivation de la volonté, une pulsion de vie ?

Manon Remy : Je vois ce que vous voulez dire. Se pose aussi la question de l'acceptabilité, qui n'est pas là même que celle de l'éthique. Pensez-vous que population générale accepterait que l'on donne des récompenses en échange du sevrage tabagique ?

Fabrice Gzil : Oui.

Manon Remy : Vous pensez ?

Fabrice Gzil : On est dans un tel mouvement réactionnaire que tout est possible. C'est un problème sociologique, ce n'est pas un problème éthique. Mais oui, il est possible que si l'on ne supporte pas les salles de shoot, on ne supporte pas les incitations financières... Là ce n'est pas de l'argent, c'est des bons d'achat. Je pense que peut-être ça va crisper, mais il faut argumenter pour faire passer la pilule. Moralement et éthiquement je n'ai aucun problème, le fait qu'il y ait une incitation financière ou... je ne dirais pas qu'elle est financière en fait. Elle est indirectement financière, il faudrait renommer, elle n'est pas monétaire mais elle a de la valeur.

Manon Remy : Économique ?

Fabrice Gzil : Oui, l'adjectif n'est pas évident à trouver. Ça va peut-être faire grincer effectivement mais je n'ai aucun problème avec ça. Je ne pense pas que ça altère la liberté. Je pense que la liberté des donneurs d'organes serait intacte si on les indemnisait correctement pour le préjudice qu'ils subissent voire pour ce qu'ils donnent à la société. Ça ne me choquerait pas. Mais oui, il y aura possiblement un problème mais moralement, en tant que tel, je ne vois pas où est le problème. C'est plus le bon d'achat la limite... l'argent je préférerais presque moi... C'est possible que cela gêne si on

considère que ça abolit la liberté. C'est la principale objection que l'on peut avoir, non ? Vous en voyez d'autres sur l'acceptabilité ?

Manon Remy : Sur l'acceptabilité, j'imaginai surtout les critiques que pourraient faire les personnes non-concernées par l'intervention.

Fabrice Gzil : Ah ! Celles qui n'y auraient pas accès ?

Manon Remy : Oui.

Fabrice Gzil : Ah oui. Oui, oui bien-sûr.

Manon Remy : Celles qui se diraient « moi j'ai le bon comportement, je ne fume pas mais on ne me récompense pas de ne pas fumer » ou bien de la part des fumeurs favorisés qui n'y auraient pas le droit et qui se demanderaient « pourquoi, comment ça se fait ? ».

Fabrice Gzil : Hum hum, oui. Vous pouvez leur répondre assez facilement. Est-ce qu'il faudrait des petites conditions ? Je trouve qu'on s'est habitué au fait que la justice est moins l'égalité absolue, stricte, arithmétique que l'équité. On fait face à des situations différentes avec des approches différenciées. La légère inégalité de traitement qu'on a ressemble à de la *positive action* qui bénéficie au bien-être collectif, c'est une économie de coûts pour la société. Les non-fumeurs ou ceux qui arrêtent de fumer ont un bénéfice indirect à ce que globalement l'état de santé de la population s'améliore.

Manon Remy : Vous pensez qu'il suffit de faire de la pédagogie autour de cette intervention pour expliquer...

Fabrice Gzil : Oui. On fait de la santé publique, on n'est pas en train de récompenser individuellement les individus. On n'est pas en train de récompenser individuellement quelqu'un. C'est une action de santé publique qui vise la santé globale de la population et en l'occurrence aussi une réduction des coûts de prise en charge de certaines maladies liées aux cancers. Par conséquent, il y a un objectif global fixé qui va bénéficier à tous indirectement. Il ne faut pas se laisser impressionner par ça. Peut-être que vous avez déjà arrêté de fumer mais vous bénéficierez d'autre chose, une opération coûteuse, et vous serez bien content que les finances de l'Assurance maladie soient en bon état. On n'est pas en train de récompenser des stratégies ou des conduites individuelles. Ce n'est pas ça. Et après y'a peut-être un truc sur le contrôle.

Manon Remy : Le test ?

Fabrice Gzil : Oui. Comment on le fait ? On va en pharmacie, où va-t-on ?

Manon Remy : Alors oui, on peut aller en pharmacie mais ça nécessite que la pharmacie soit équipée d'un testeur ce qui est coûteux pour la structure. Sinon, on a imaginé que cela pourrait aussi se faire dans les centres de santé...

Fabrice Gzil : D'accord. On irait tous les mois ?

Manon Remy : Dans l'idée, oui.

Fabrice Gzil : Vous pouvez envoyer votre cousin qui vous ressemble [rires].

Manon Remy : Il faudrait pouvoir s'assurer que non...

Fabrice Gzil : Oui... Déjà, c'est élégant de ne pas le faire par prise de sang.

Manon Remy : Certaines personnes ne supportent pas les prises de sang. La question de l'accessibilité aussi est beaucoup revenue : si la personne doit dépenser 15€ d'essence pour aller se faire tester, elle n'ira pas. Il faudrait donc que ce soit déployé même dans les zones rurales.

Fabrice Gzil : Est-ce qu'il n'y a pas quand même de nouveau une idée... soit un peu techno, soit un peu académique et déconnectée, d'imaginer un programme de là-haut ? Vous ne m'avez pas parlé de médecins généralistes, vous ne m'avez pas parlé de structures de proximité. Est-ce qu'il n'y aurait pas intérêt quand même à ce que participent les pharmacies, les médecins généralistes, les centres de santé ?

Manon Remy : Ce serait l'idéal.

Fabrice Gzil : C'est toujours le problème du passage d'un truc expérimental à sa généralisation. On l'a conçu dans des conditions comme en laboratoire mais il faut que ça marche en vie réelle.

Manon Remy : Ici l'expérimentation ferait l'objet d'un passage à l'échelle sur un département dans un premier temps.

Fabrice Gzil : Je trouve que mettre dans la boucle des professionnels des soins primaires c'est urgent et c'est à mon avis un truc qui va limiter possiblement l'ampleur des choses vu que ça n'a pas été fait tout de suite. Le fait d'aller voir son médecin généraliste et de lui dire « je veux arrêter de fumer », cela fait de lui le témoin de votre volonté. C'est différent d'être seul avec ses bons d'achat.

Manon Remy : L'idée serait bien-sûr de permettre un accompagnement en parallèle de l'incitation. On sait que la plupart des fumeurs ont besoin d'être accompagnés dans leur arrêt.

Fabrice Gzil : Justement, je mettrais dans la boucle les professionnels de santé.

Manon Remy : Vous suggérez de faire passer cette intervention par un professionnel de santé ?

Fabrice Gzil : Oui.

Manon Remy : Cela nécessite qu'ils aient envie et qu'ils soient en mesure de le faire.

Fabrice Gzil : Ils changent. La génération de jeunes médecins n'a franchement rien à voir avec ce que l'on a connu, à certains égards ils ont une sensibilité aux questions de santé publique très forte. Vous n'avez pas vraiment le choix, il faut arrimer ce que vous avez prévu en laboratoire à quelque chose sinon au premier coup de vent ça va s'envoler. Alors oui, ils vont peut-être le détourner, ils vont peut-être en faire autre chose mais c'est la vie... Qui va être le relais de ça ? L'Assurance maladie ?

Manon Remy : Il faudrait que ce soit un acteur de terrain, une structure qui ne soit pas trop macro.

Fabrice Gzil : Pourquoi pas la médecine du travail ? S'ils ne vont pas voir leur médecin généraliste, ils vont voir le médecin du travail. Normalement, ils ont des rendez-vous réguliers. Là, vous l'ancrez. Ce n'est pas le médecin du travail qui va faire le test au monoxyde de carbone, c'est sûr, mais vous avez besoin de relais pour parler de la chose, pour faire connaître, pour donner confiance dans le dispositif... à mon avis c'est urgent, c'est très urgent. Le médecin généraliste c'est juste une idée... À la médecine du travail ce sont des rendez-vous réguliers quand même, au moins quand vous changez de travail.

Manon Remy : Ou si vous ne changez pas de travail, tous les 5 ans.

Fabrice Gzil : Ce n'est déjà pas si mal pour remettre une plaquette, expliquer le dispositif, donner confiance... Il faut des relais, des gens qui y croient. Il y a aussi sans doute une réflexion sur l'âge, parce que des bons alimentaires pour des jeunes de 18 à 25 ans... ça peut les intéresser ?

Manon Remy : Oui je pense.

Fabrice Gzil : Est-ce qu'il ne faudrait pas faire des petites distinctions ? Parce qu'on a l'impression que la population est totalement uniforme.

Manon Remy : On ciblerait les personnes majeures.

Fabrice Gzil : En gros, c'est les majeurs défavorisés. Vous lissez totalement.

Manon Remy : Les critères sont le niveau de revenus (en-dessous de 1170€/mois), les catégories socio-professionnelles (métiers d'ouvriers et d'employés) et le niveau de diplôme (inférieur ou équivalent au bac).

Fabrice Gzil : Pour moi, l'enjeu est de trouver des interlocuteurs de proximité, des tiers de confiance...

Manon Remy : Oui, pour réussir à mener une action de terrain.

Fabrice Gzil : Pour la population que vous ciblez, quel est l'interlocuteur existant qui a un vague lien avec la santé et qui pourrait faire la promotion du dispositif ? L'autre risque c'est que ça soit très très très peu mis en place. Les pharmaciens, je n'y crois pas trop. Je ne vois pas particulièrement à ce stade d'autres points... je pense qu'on a vu l'essentiel. Après il faudra, vous le savez mieux que moi, une évaluation de la chose. Que ça fonctionne sur un moyen terme, ou du long terme.

Manon Remy : Bien-sûr.

Fabrice Gzil : Après ça pourrait être des entreprises aussi, peut-être qu'il faut l'attraper par le monde du travail. Dans les entreprises il y a des moments de communication institutionnelle. Cela pourrait peut-être même être les syndicats. Je ne suis pas sûr que Sud serait forcément hostile à ça. Ils diront peut-être oui, peut-être non, mais ce serait même intéressant d'en discuter avec eux. Si c'est de la santé publique telle que je la comprends avec une dimension SHS forte, il faut tester le terrain. Tout de suite, pas dans une phase ultérieure d'expérimentation. Cela me semble urgent. Pour le reste, je n'ai pas d'objection majeure. Dans une instance, quelle qu'elle soit, ça peut être la médecine du travail ou les syndicats, qui tient un discours sur la santé et les risques, il y a quand même tout un pan sur la qualité de vie au travail. C'est une bonne entrée... bon, après vous allez me dire « on va toucher que ceux qui travaillent ». OK, mais ils en parleront à leurs maris, à leurs épouses, à leurs frères et sœurs. Il faut bien un point d'entrée, un point d'ancrage même si on parle de santé globale et des autres stratégies pour arrêter de fumer.

Manon Remy : En effet, pourquoi pas réfléchir à cette porte d'entrée.

Fabrice Gzil : Oui. Quand il a fallu faire la vaccination Covid, comment ont fait les ARS ? On voyait bien que c'était assez facile de toucher les CSP+ mais que d'autres gens étaient dans l'incertitude. Il y a des CPTS à Paris qui ont activé les gardiens d'immeubles, qui sont allées voir les bailleurs. Il faut des relais de proximité qui vont parler et se demander « comment ce discours là on le fait ? ». Dans la rue, ils prenaient les gens au hasard et leur demandaient « vous avez entendu parler de la vaccination Covid ? ». C'était extrêmement bien fait. C'est très court, très ciblé. Ils répondaient aux questions. Ils n'étaient pas là pour convaincre, ils étaient là pour informer. C'est littéralement de l'aller vers. Est-ce

qu'il y a des lieux de sociabilisation de votre population cible ? Il faudrait passer par des centres sociaux, ce genre de choses. Il faut l'ancrer et si possible dans un programme plus large. Ça ne veut pas dire que ce seraient les financeurs du dispositif.

Manon Remy : Ce serait donc des relais de terrain.

Fabrice Gzil : Voilà... Est-ce que vous parlez aussi des incitations pour encourager d'autres comportements de santé ?

Manon Remy : Oui, j'essaie de mettre en perspective les différents comportements de santé qu'on essaie de modifier. Par exemple, il existe des applications de marche avec lesquelles plus on parcourt de kilomètres et plus on gagne de centimes qu'on peut ensuite garder ou bien reverser à des associations.

Fabrice Gzil : En termes de théorie économique, vous pouvez aussi mobiliser tout ce qui est rationalité.

Manon Remy : Oui, c'est ce que je fais dans une partie de mon mémoire appelée cadre théorique et conceptuel. Je développe l'approche économique de l'intervention.

Fabrice Gzil : D'accord !

Manon Remy : Accepteriez-vous que je vous cite explicitement dans mon mémoire ?

Fabrice Gzil : Bien-sûr, oui.

Manon Remy : Merci beaucoup !

Annexe n°7 : Guide d'entretien avec Frédéric Proux

Présentation du projet d'intervention :

- Avez-vous déjà entendu parler de ce type d'intervention ?

Présentation du rôle envisagé du pharmacien/quelle faisabilité :

- Pensez-vous que ce rôle soit réaliste ?
- Les pharmacies sont-elles déjà dotées de CO testeurs ?
- Les pharmaciens sont-ils formés à l'accompagnement du sevrage tabagique ?
- À quelle fréquence pourraient-ils recevoir les participants ?
- Identifiez-vous des problèmes d'ordre organisationnel que cela pourrait poser ?

Intérêt pour le projet d'intervention :

- Pensez-vous que les pharmaciens seraient intéressés de prendre part à un dispositif comme celui-ci ?
- Avez-vous une idée du montant de la rétribution financière que demanderaient les pharmaciens pour faire cela ?

REMY	Manon	22 septembre 2023
Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique Promotion 2022-2023		
Les incitations financières à l'arrêt du tabac chez les fumeurs défavorisés d'un point de vue socio-économique		
<p>Résumé :</p> <p>En France, la prévalence du tabagisme quotidien des personnes défavorisées d'un point de vue socio-économique reste particulièrement élevée. En 2022, on comptait 21,4% de fumeurs quotidiens dans le tiers de la population ayant les revenus les plus élevés contre 33,6% dans le tiers de la population dans le tiers de la population ayant les revenus les moins élevés (Pasquereau <i>et al.</i>, 2023). Malheureusement, les interventions mises en œuvre pour induire un changement de comportement, qu'elles soient de nature juridique, informative ou issues du marketing social, ont une efficacité limitée sur ces publics. Nous proposons donc d'étudier l'intérêt de l'approche économique pour les inciter à arrêter de fumer. L'idée est d'octroyer une incitation financière aux fumeurs défavorisés pour modifier leur arbitrage en faveur du sevrage en augmentant leurs bénéfices immédiats à l'arrêt du tabac (théorie de l'échange social). Cette intervention innovante a été expérimentée à l'étranger sous différentes modalités et chez des publics de fumeurs différents. Les études concluent à un fort degré de certitude de son efficacité sur le sevrage tabagique. Ainsi, sur la base de ces résultats théoriques et de résultats empiriques obtenus grâce à des entretiens de groupe de fumeurs défavorisés, et en prenant en compte les enjeux éthiques en présence, nous avons pu élaborer une proposition de transposition opérationnelle d'un pilote d'intervention en France.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Tabagisme ; prévention ; inégalités sociales de santé ; défaveur socio-économique ; incitations financières à l'arrêt du tabac.</p>		
<i>L'École des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		