Fonds des **a**ffections **Res**piratoires a.s.b.l.

Fédération Wallonie-Bruxelles

Etude de corrélation entre le Rosenberg et le Q-MAT dans un échantillon de 122 fumeurs et 34 vapoteurs

Mémoire réalisé dans le cadre de la

FORMATION CONTINUEE EN TABACOLOGIE

Coordonnée par le FARES

GAUTHIER Sarah

Psychologue

Promoteur : Prof. Bartsch. P

Année académique 2018-2019

Remerciements

Je remercie le Fares ainsi que le Professeur Bartsch pour leurs soutiens dans ce projet de mémoire et leur intérêt pour cette recherche.

Je tiens sincèrement à remercier tous les participants de l'enquête, sans quoi cette recherche n'aurait pu avoir lieu. Merci d'avoir pris de votre temps ainsi que vos retours positifs sur le questionnaire.

Je tiens à remercier mes proches également. Merci de m'avoir soutenu dans ce projet et de m'avoir aidé à le partager et le compléter. Je remercie tout particulièrement ma maman pour la relecture de ce travail et sa patience face à mes fautes d'orthographes redondantes.

Introduction générale

L'estime de soi peut se définir comme « *un sentiment plus ou moins favorable que chaque individu éprouve à l'égard de lui-même* » (Rosenberg 1979). Ce sentiment est un facteur d'influence important dans la motivation du sujet à mettre en place une action et à s'engager dans celle-ci.

Plusieurs études ont d'ailleurs démontré le rôle d'une faible estime de soi sur l'augmentation de l'utilisation de substances psychoactives tel que le tabac et ont montré également un lien entre la faible estime de soi et le maintien d'une consommation tabagique chez les femmes.

Peu à peu, les études tentent à lier motivation à l'arrêt tabagique et estime de soi.

Connaitre son rôle et son influence sur la motivation permettraient pour de nombreux professionnels de la santé d'améliorer la qualité de prise de charge de nos patients demandeurs d'arrêter. Dès lors et ce, dans le cadre de la lutte contre le tabac, il est nécessaire en tant que professionnel de la santé de pouvoir prendre en compte l'importance qu'à l'estime de soi du patient sur sa volonté et motivation à arrêter de fumer.

Pour ce faire, nous avons étudié deux populations, l'une fumeuse, l'autre vapoteuse. Dans le cadre de cette étude et suite à la littérature, nous considérons les personnes vapoteuses comme ayant mis en place un comportement en vue d'arrêter ou diminuer le tabac. Nous émettons comme hypothèse que les utilisateurs de cigarettes électroniques ont une meilleure estime que les fumeurs car le fait de passer à l'utilisation de la cigarette électronique est un comportement socialement valorisable. De plus, pour un patient souhaitant arrêter le tabac, passer à la cigarette électronique est un comportement qui vient toucher aux standards personnels de la personne et par conséquent, vient augmenter son sentiment de compétences et d'accomplissement à l'égard de ses standards propres à l'estime de soi. Une meilleure estime de soi permet à ce dernier de mettre en place plus facilement des stratégies de résolutions de problèmes plus adaptées, d'être plus résilient ainsi qu'à ressentir un plus grand bien-être et de s'engager dans des comportements qui protègent ou améliorent leur santé. Par conséquent, avoir une plus grande motivation pour maintenir ce nouveau comportement qu'est l'arrêt tabagique.

C'est à travers cette étude que nous voulions étudier le lien entre motivation à l'arrêt tabagique et estime de soi tant chez les vapoteurs que chez les personnes fumeuses. Cela permettrait de

mettre en avant une possible différence entre l'estime de soi que les deux populations se portent ainsi que leur motivation pour arrêter de fumer.

Table des matières

PARTIE THEORIQUE **8**
Chapitre 1 : Tabac et aides aux sevrages du tabac 9
1. Quelques chiffres sur le tabac 9
2. Conséquences 9
3. Moyens et prise en charge de l'arrêt tabagique 10
4. La cigarette électronique comme substitut nicotinique 10
a. Attrait de la cigarette électronique 11
b. Controverses 12
Chapitre 2 : L'estime de soi et la motivation à l'arrêt tabagique 13
1. L'estime de soi 13
a. Influence de l'estime de soi 14
b. Estime de soi et tabac 15
2. Estime et motivation à l'arrêt tabagique 15
PARTIE EMPIRIQUE **18**
Chapitre 1 : méthodologique de la recherche 19
1. Question de recherche 19
2. Instruments de mesure 20
1. Questionnaire sociodémographique 20
2. Questionnaire de motivation à l'arrêt tabagique (Q-MAT) 20
3. Echelle d'Estime de Soi (EES) de Rosenberg 20
3. Passation du questionnaire et population questionnée 21
4. Traitement initial des données 21
Chapitre 2 : Présentation des données 22
1. Analyses descriptives 22
a. Variables sociodémographiques 22
2. Analyses croisées 26
a. Distinction entre Hommes et Femmes 26
i. Nombre de cigarettes par jour 26
ii. Nombre de tentatives d'arrêt(s) tabagique 27
iii. Estime de soi 27
iv. Motivation à l'arrêt tabagique 28
b. Distinction estime de soi et 28
i. Age 29
ii. Nombre de cigarettes par jour 29
iii. Tentatives d'arrêt(s) tabagique 30
c. Distinction entre motivation et 30

i. Age.....30
ii. Tentative d'arrêt(s) tabagique.....31
3. Tests d'hypothèses 31
a. Test de fiabilité 31
b. Distribution normale.....32
c. HYPOTHESE 1 : différence du niveau d'estime de soi entre les fumeurs et vapoteurs 33
d. HYPOTHESE 2 : différence du niveau de motivation entre les fumeurs et vapoteurs 34
e. HYPOTHESE 3 : Corrélation entre le niveau de motivation à l'arrêt tabagique et l'estime de soi 35
Chapitre 3 : Discussion des résultats 36
1. Résultats 36
2. Limitation 37
3. Ouverture et recherches pour le futur 37
Chapitre 4 : Conclusion 39
BIBLIOGRAPHIE **41**
ANNEXES.....**46**

PARTIE THEORIQUE

Chapitre 1 : Tabac et aides aux sevrages du tabac.

1. Quelques chiffres sur le tabac

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2019), les fumeurs dans le monde seraient au nombre de 1,1 milliard. Parmi ceux-ci, 80% vivent dans des pays à revenus faibles ou intermédiaires.

En Belgique, selon l'enquête de la fondation contre le cancer (2019), 23% de notre population fument dont 18% fument quotidiennement. Concernant les jeunes fumeurs (15 – 24 ans), ils étaient 25,3% en 2001 alors qu'en 2018, ils n'étaient plus que 11,1%, ce qui indique une nette diminution dans cette population. On constate toujours une grande disparité entre les hommes et les femmes, ceux-ci étant plus nombreux que les femmes à fumer (Gisle, L., Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Braekman, E., Nguyen, D., Van der Heyden, J., Berete, F., Hermans, L., & Tafforeau, J. 2018)

La nocivité de la cigarette n'est aujourd'hui plus à démontrer. Chaque année, 8 millions d'individus décèdent suite aux conséquences négatives du tabac dont 1,2 million de décès prématurés chez des fumeurs passifs, exposés à la fumée de tabac (OMS, 2019).

2. Conséquences

La consommation de tabac est un facteur de risque important pour la santé. Le tabagisme fait partie des premières causes de décès dits évitables de mortalité (HAS, 2014). Etant la cause principale du cancer du poumon, il joue un rôle dans le développement d'autres cancers tels que le cancer de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, du pancréas mais aussi du cancer du sein et du col de l'utérus (Daling, JR., 1996 ; Hoffman, D., et coll. 1997). Au-delà des cancers, le tabagisme a une influence non négligeable dans le développement de maladies cardiovasculaires ou respiratoires telles que la BPCO et l'emphysème (Perriot, J., Underner, M., Peiffer, G. & Dautzenberg, B., 2018). Aujourd'hui, un fumeur poursuivant son tabagisme décède dans un tiers à deux tiers des cas d'une maladie en lien avec l'usage du tabac (Wirth. N., Perriot, J., Stoebner, A., Peyrin-Biroulet, C., Thevenin, C., et Martinet, Y., 2017) et peut perdre jusqu'à 15 ans de sa vie (Doll, R., Boreham, J., Sutherland, I ., 2004).

Il n'est pas sans compter également les désagréments générés par le tabagisme tels que le vieillissement cutané (Ernster VL, Grady D, Miike R et al, 1995), le jaunissement et

déchaussement des dents (Prescrire, 2008) ou bien encore l'altération des processus de cicatrisation (Dureuil, B., Dautzenberg, B., Masquelet, A. C., 2006).

3. Moyens et prise en charge de l'arrêt tabagique

Parmi ces 1,1 milliard de fumeurs, 367 millions souhaitent arrêter le tabac. Mais seulement 30% de la population mondiale peut bénéficier de services adéquats et appropriés pour arrêter de fumer (WHO, 2017).

Sans aide, il a été montré que 80 % des fumeurs qui tentent d'arrêter de fumer rechutent au bout d'un mois avec un faible taux de succès à long terme de 5 % (Hughes. JR., Keely. J., Naud. S., 2004). En moyenne, plusieurs tentatives de sevrages sont d'ailleurs nécessaires chez le fumeur pour arriver à se sevrer réellement du tabac (Vanderkam, P. et al., 2016).

Parmi les services adéquats et appropriés, on entend également l'accessibilité aux médicaments (varénicline et buproprion) et les traitements de substitution nicotinique (patch, spray, gommes, …)(Stead. LF, Perera. R, Bullen. C, et al., 2012). L'efficacité de ses stratégies, augmentant radicalement le taux d'abstinence de 50 à 70% à 6 mois jusqu'à un an (Silagy, C., Mant, D., Fowler, G., & Lodge, M., 1994). Une méta-analyse rapportée par l'argumentaire scientifique HAS (2020), démontre que les TSN (quelques soit leur forme) augmentent en moyenne de 58% la probabilité d'arrêt comparativement à l'absence de TNS.

Au-delà des aides médicamenteuses et des TSN, il convient également de soutenir le fumeur dans son projet d'arrêt du tabac via l'aide d'un professionnel. Ce dernier utilise bien souvent l'entretien motivationnel qui consiste à développer la motivation du fumeur à arrêter de fumer et ce, à travers un discours encourageant les bénéfices de l'arrêt de tabac ainsi que les risques de maintenir ce comportement (Miller WR. 1989 ; Miller WR., 1991). Mais également, la mise en place d'un plan d'action consistant à faire face au craving et autres facteurs de rechute (Miller, W. R., 1996).

4. La cigarette électronique comme substitut nicotinique ?

Bien que non reconnue comme telle à l'heure actuelle, la cigarette électronique est aujourd'hui considérée par nombreux de ses utilisateurs comme un moyen d'aide pour le sevrage ou la réduction tabagique (Etter, 2010). Son utilisation augmente considérablement chaque année ;

2,5% en 2014 à 7,5% en 2015 (Bartsch, P., Delvaux, M., Englebert, E., Beaupain, M. H., & Louis, R. (2017).

Forte de son succès dans les années 2010, un premier brevet aurait été déposé par Herbert A. Gilbert en 1963 (White, A., 2018). Proche de l'aspect de la cigarette de 2e génération, l'appareil permettait d'inhaler divers produits chauffés dans un but médicinal. Dès lors, elle ne produisait pas de vapeur. C'est le pharmacien Hon Lik qui dépose en 2004 le brevet de la cigarette électronique telle qu'on la connait aujourd'hui (Hon, L., 2010). Contrairement à son prédécesseur, elle dispose d'un atomiseur permettant d'inhaler un liquide contenant 4 composés de base : le propylène glycol, la glycérine végétale ou glycerol, les arômes et la nicotine. Ce dispositif permet alors d'inhaler la nicotine sans la nocivité du goudron et monoxyde de carbone propre à la combustion du tabac.

Depuis lors, 3 générations de cigarettes électroniques se sont succédées. A l'heure actuelle, la troisième et dernière génération dite « mods » se caractérise par une capacité de réservoir plus grande que ses prédécesseurs, une meilleure batterie ainsi que l'interchangeabilité de ses composants. De plus, son design a tendance à changer des e-cigarettes de deuxième génération quittant un peu plus le visuel de la cigarette industrielle.

a. Attrait de la cigarette électronique

Cette troisième génération permet au fumeur de moduler certains paramètres rendant l'expérience de l'utilisation de cette cigarette électronique plus personnelle et satisfaisante. L'étude de Soule, E. K., Maloney, S. F., Guy, M. C., Eissenberg, T., & Fagan, P. (2017), a d'ailleurs tenté de démontrer les raisons qui amènent les utilisateurs vers la cigarette électronique. Leur étude a permis de mettre en avant 3 thématiques qui expliqueraient l'attrait de la cigarette électronique : l'effet agréable qu'elle génère (plaisir des sensations, sentiment de calme, le soulagement lors de l'utilisation), les changements personnels (meilleure respiration, amélioration de l'odorat et de goût) et l'effet sur l'environnement social (intégration social, valorisation sociale, soutien des pairs).

Malgré un attrait des fumeurs grandissant chaque année pour l'utilisation de la cigarette électronique comme moyen d'arrêt et des études tendant vers un consensus pour affirmer que la cigarette électronique permet de non seulement réduire la consommation tabagique mais aussi la supprimer totalement sur du court terme (jusqu'à 3 mois) (Adriaens K, Van Gucht D,

Declerck P, Baeyens F. 2014 ; Gomaiee, R et al 2019 ; Tseng, T. Y., 2016 ; Vanderkam, P., et coll., 2016). Celle-ci n'est pas reconnue comme un traitement nicotinique de substitution. Sa récente apparition ainsi que son utilisation ne permet pas aux recherches actuelles de démontrer les effets bénéfiques ou néfastes que pourrait entrainer son utilisation à moyen et long terme (Vanderkam, P.2016). Cependant, plusieurs experts et chercheurs s'accordent pour dire que l'utilisation de la cigarette électronique limite la nocivité de l'inhalation de goudron et de monoxyde de carbone propre au tabac et par conséquent ne présenterait pas un risque aussi élevé que la cigarette à base de tabac (HAS, 2020 ; Ioakeimidis, N., Vlachopoulos, C., & Tousoulis, D., 2016 ; Public Health England., 2015 ; Rehan, H. S., Maini, J., & Hungin, A. P.,2018).

b. Controverses

Tout comme le cite P. Batch et collaborateurs (2017), la controverse de la cigarette électronique est de deux ordres : économique et philosophique. La première, puisque la vente annuelle de cigarettes classiques à chuter de 25% depuis l'apparition de l'e-cig. La seconde consiste à accepter qu'une personne reste dépendante à une substance psychoactive en justifiant que son utilisation réduit significativement les risques de la cigarette classique.

L'autre controverse concerne l'attrait possible de la cigarette électronique par des personnes non-fumeuses. La cigarette électronique pouvant créer une dépendance et être une voie d'accès à l'utilisation de la cigarette classique. Farsalinos, K.E., Romagna. G, Tsiapras. D, et al. (2014) rassurent pourtant en mettant en avant que dans leur échantillon de 19.414 personnes, seul 0,5% d'entre eux étaient non-fumeurs quand ils ont commencé à utiliser la cigarette électronique. Toutefois, l'étude ne spécifie pas l'utilisation qui est faite par ces personnes et si celles-ci se considéraient comme dépendantes.

Chapitre 2 : L'estime de soi et la motivation à l'arrêt tabagique

1 L'estime de soi

Le concept d'estime de soi est défini par Rosenberg (1979) comme « *un sentiment plus ou moins favorable que chaque individu éprouve à l'égard de lui-même, la considération et le respect qu'il se porte et le sentiment de sa propre valeur en tant que personne* ». Cela comprend des dimensions telles que le sentiment de compétence, de connaissance de soi, de sentiment de sécurité et de confiance ainsi que le sentiment d'appartenance.

Comme le souligne Christophe André (2002), l'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité et se place au cœur des trois composantes essentielles du Soi ; comportementale, cognitive et affective. D'un côté, elle influence nos capacités d'action, permet une auto-évaluation sur nous-même et est influencée par notre humeur de base.

Rosenberg (1985) distingue deux respects de soi : l'un inconditionnel faisant référence que l'individu se respecte en tant qu'être humain, indépendamment de ses qualités ou accomplissements. L'autre, le respect conditionnel, faisant référence aux standards personnels de compétence, de moralité, d'excellence et le sentiment d'accomplissement à l'égard de ces standards.

Pour Carpenito (1995), l'estime de soi « *résulte de la comparaison entre ce que l'on est ou croit être (concept de soi) et ce que l'on aimerait ou pourrait être (idéal du moi)* ». Elle s'organise « *à partir des qualités que la personne se prête et de la façon dont les autres la jugent » (Carpenito, 1995)*. Il ajoute par conséquent, à la notion des standards personnels de Rosenberg, une influence forte des normes sociales et l'entourage de l'individu. L'estime de soi est donc évaluée, non seulement à partir de nos propres croyances sur nous, mais également et surtout, sur celles qui nous sont renvoyées par notre entourage social (Harter, S. 1999). Comme le décrit Christophe André (2002), plus le sujet pense qu'il est l'objet d'une évaluation favorable par les autres, plus cela améliore son estime de soi. Rendant l'estime corrélé aux expériences subjectives d'approbations ou de rejets et de la congruence à ses propres standards personnels.

Par conséquent, l'estime de soi est instable comme le montrent les recherches de Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2003) mettant en évidence que l'estime de soi tend à être basse durant l'enfance puis augmenterait durant l'adolescence, le début de l'âge adulte

pour décliner par la suite. Il s'agit dès lors d'un processus dynamique pouvant fluctuer tout au long de la vie en fonction des diverses expériences subjectives vécues.

L'estime a un rôle de protection et d'adaptabilité (Gerrard, M., Gibbons, F. X., Reis-Bergan, M., & Russell, D. W., 2000). Une bonne estime de soi permet une auto-évaluation plus fiable et précise, une stabilité émotionnelle plus grande et facilite l'engagement dans l'action (André. C., 2002). Dès lors, face à une situation problématique, l'individu avec une haute estime de soi va plus facilement mettre en place des stratégies de résolutions de problèmes plus adaptées ainsi qu'une auto-évaluation plus proche de la réalité (sans sous-estimer ses compétences et qualités ou surestimer sa responsabilité négative dans une situation).

c. a. Influence de l'estime de soi

Comme cité plus haut, l'estime de soi a une influence incontestable sur l'engagement dans l'action des individus. La notion de confiance en soi, qui peut être assimilée à une composante de l'estime de soi, peut être définie comme *la croyance en soi et en ses propres capacités*. C'est à travers la confiance en soi qu'un individu est motivé ou non à entreprendre une action ou à s'engager dans un comportement (Galand. B., 2011).

Dès lors, les études montrent que des personnes ayant une faible estime d'elles-mêmes s'engagent avec prudence et réticence dans l'action, renoncent plus rapidement face à l'adversité, procrastine davantage, expliquent leurs échecs davantage par des attributions internes globales stables (ex. je suis un bon à rien) et des attributions externes spécifiques instables (ex. j'ai réussi parce que le prof était sympa cette fois-ci) rendant par conséquent difficile pour l'individu d'entreprendre une quelconque action (Dorard. G, Bungener. C, & Berthoz. S , (2013) ; Du, H., King. R, & Chi, P., 2017; Schmit. S, Chauchard. E, Chabrol. H., & Sejourne. N, 2011 ; Wellman et al., 2016).

A l'inverse, les recherches de Du. H, King. R & Chi, P. (2017) et Wellman et al (2016) mettent en avant que les personnes avec une haute estime d'elles-mêmes ont une plus grande tendance à se sentir bien et de s'engager dans des comportements qui protègent ou améliorent leur santé et bien-être.

b. *Estime de soi et tabac*

Plusieurs études montrent une corrélation négative existante entre le niveau d'estime de soi et l'utilisation de substances. Les études de Abernathy TJ, Massad L, Romano-Dwyer L. (1995) et Fergusson, D.M., Lynskey, M.T. & Horwood, L.J.,(1995), ont démontré qu'une faible estime de soi pouvait contribuer à l'initiation tabagique chez les adolescents et pouvait être un facteur de maintien du tabagisme chez les jeunes femmes. D'autres études mettent en avant une corrélation négative existante entre le niveau d'estime de soi et l'utilisation de substance (Croghan, 2006 ; Saari, Kentala, & Mattila, 2015, Wellman et al., 2016).

Quant à l'étude de Emery EM, McDermott RJ, Holcomb DR, et al. (1993), elle relève une relation directe entre une faible estime de soi et une augmentation de l'utilisation du tabac chez les adolescents.

Pour Freijy & Kothe (2013) ainsi que Kowalski, S.D. (1997), les personnes avec une haute estime de soi sont plus susceptibles d'arrêter de fumer que celles avec une faible estime de soi.

Malheureusement, les études sur l'utilisation du tabac et le niveau d'estime de soi sont principalement axées sur une population adolescente. Peu de recherches actuellement ont étudié le niveau d'estime de soi dans une population adulte ainsi que la consommation de tabac spécifiquement.

2 Estime et motivation à l'arrêt tabagique

La motivation peut se définir comme : *la probabilité qu'un individu adhère, s'engage et poursuive une démarche spécifique de changement* » (Miller-William R., 1989). Le modèle transthéorique de Prochaska et Diclemente (1998), expose relativement bien le parcours motivationnel de l'individu qui souhaite changer un comportement addictif. Ils mettent en avant l'existence de 6 stades de changement dans lesquels la motivation est impliquée. On retrouve le stade de pré-contemplation : soit le moment ou la personne n'est pas consciente de l'existence de problèmes liés à sa conduite addictive ou minimise ceux-ci. Par conséquent, elle ne souhaite pas spécialement changer de comportement. Le stade de contemplation fait référence au moment où l'individu reconnait la problématique liée à sa consommation et conduite addictive mais repousse l'idée d'un changement tantôt vers le futur. L'individu motivé à changer un

comportement et donc planifiant ce changement se trouve dans le stade de préparation. Celui d'action étant le moment où la personne met en application l'arrêt du tabac suivi de la phase de maintien qui maintient ce nouveau comportement. Cependant lors de toute tentative de sevrage, une rechute peut être possible.

De ce fait, l'estime de soi a été suggérée par West, R., et Brown, J. (2013) comme un facteur de motivation aux comportements. L'étude de Coopersmith montrait déjà en 1964 qu'en favorisant l'estime de soi chez les enfants, on favorisait l'apprentissage scolaire ainsi qu'une meilleure adaptation chez l'élève. Les performances scolaires influencent l'estime de soi que se porte un élève sur-lui-même, impacte son sentiment de compétence à faire face aux difficultés et par conséquence influence sur sa motivation à y faire face.

On retrouve l'estime de soi dans la motivation à l'arrêt du tabac, car arrêter de fumer est une action socialement valorisante et entraine donc une amélioration de l'estime à travers le feedback émis par l'entourage (Chevalier, 2016).

Concernant l'utilisation de substances et plus précisément de cigarette, le lien entre l'estime et la motivation semble se dessiner puisque les auteurs mettent en avant que les personnes avec une plus haute estime de soi vont être plus susceptibles pour s'engager dans un comportement favorisant leur bien-être ainsi que leur santé, sont davantage résilients et mettent en place des stratégies de coping adéquates pour parvenir à leur objectif (Dorard, G., Bungener, C., & Berthoz, S. (2013)., Du, King & Chi., 2017 ; McKee, S. A., O'Malley, S. S., Salovey, P., Krishnan-Sarin, S., & Mazure, C. M. 2005 ; Schmit, S., Chauchard, E., Chabrol, H., & Sejourne, N., 2011 ; Wellman et al., 2016). Inversement, les recherches montrent que les personnes avec une estime de soi basse montrent une tolérance à la frustration plus importante et une faible persévérance dans l'engagement de leur action.

C'est sur base de cette conceptualisation que nous souhaitons établir l'influence de l'estime de soi sur la motivation à l'arrêt tabagique.

PARTIE EMPIRIQUE

Chapitre 1 : méthodologie de la recherche

1 Question de recherche

Comme précédemment explicité, la motivation à l'arrêt est un concept à ne pas négliger dans le cadre d'un sevrage tabagique. Elle est la clef, l'impulsion intrapersonnelle ou extrapersonnelle, « *la probabilité qu'un individu adhère, s'engage et poursuive une démarche spécifique de changement » (*Miller W.R., 1991). Cependant, la motivation n'est pas un processus stable, elle varie en fonction des compétences subjectives que se portent une personne sur elle-même. Sans une bonne estime de soi, l'individu souhaitant s'engager dans un nouveau comportement, n'aura pas confiance dans ses ressources et capacités pour mettre en place ou bien même maintenir ce dit comportement. Nous avons pour hypothèse donc que la motivation à l'arrêt du tabac pourrait être influencée par l'estime de soi que se porte l'individu tel que cela a été démontré dans le domaine scolaire.

Stewart AL, King AC, Killen JD, et al. (1995) ont d'ailleurs mis en avant que chez les adultes abstinents de plus de 6 mois, l'estime de soi était plus élevée par apport aux personnes qui sont restées dépendantes. Ceci démontrant que l'estime de soi se modifie en fonction d'un comportement posé. Nous avons pour hypothèse donc que les fumeurs utilisant une cigarette électronique auraient une meilleure estime d'eux-mêmes puisque ce comportement étant socialement favorisé impacte le niveau d'estime.

C'est sur base de ses hypothèses, que nous avons souhaité faire une étude sur l'influence de l'estime de soi sur la motivation à l'arrêt du tabac tant chez les fumeurs que les vapoteurs.

Nous souhaitons étudier la possibilité d'une corrélation positive entre l'estime et la motivation à l'arrêt tant chez les fumeurs que les vapoteurs, mais souhaitons également étudier si l'estime tend à être plus élevée chez les vapoteurs par rapport aux fumeurs, car ceux-ci ont déjà mis en place un comportement visant à diminuer et/ou supprimer leur consommation de tabac et donc, par conséquent, à augmenter les sentiments de compétences ainsi que leur congruence entre ce qu'ils sont et ce qu'ils désirent être.

2 Instruments de mesure

Pour ce faire, 3 questionnaires ont été utilisés : un questionnaire sociodémographique, le questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-Mat) et la traduction française du questionnaire de Rosenberg sur l'estime de soi (EES)

a. Questionnaire sociodémographique

Le premier étant un questionnaire socio-démographique reprenant la tranche d'âge des participants, leur région, l'âge du début de consommation tabagique, le type de cigarettes fumées, le nombre de tentatives de sevrage tabagique, leur connaissance de l'existence de la cigarette électronique et de leur utilisation ainsi que la prise de traitement de substitution nicotinique.

b. Q-MAT

Le deuxième questionnaire est celui de la motivation à l'arrêt du tabac (Q-Mat) élaboré par Légeron et Lagrue (2004). Ce questionnaire en quatre questions explore les stades de changement du modèle transthéorique de Prochaska et Diclemente soit le degré d'intention et de préparation au changement. Leur échelle montre de bonnes propriétés statistiques telle qu'une corrélation de Spearman de 0.82 (p> 0,0001). Toutefois, les auteurs soulignent sa sensibilité au changement. Les scores bruts obtenus peuvent varier de 0 à 20. Une interprétation des scores a été proposée par la suite par Dansou et al.(2012) comme suit :

Score < 6 Motivation insuffisante

Score de 7 à 12 Motivation moyenne

Score > 13 Bonne ou très bonne motivation

c. Echelle d'Estime de Soi (EES) de Rosenberg

Le troisième et dernier questionnaire a pour objectif de mesurer l'estime de soi des participants. Nous nous sommes orientés vers le questionnaire de Rosenberg car il propose une vision unidimensionnelle et donc globale de l'estime de soi contrairement à Coopersmith qui propose une mesure plutôt multidimensionnelle (sociale, scolaire,). Pour ce faire, nous avons utilisé la traduction effectuée par Vallieres. E., et Vallerand. R (1990). L'indice de cohérence interne montre une fidélité élevée au questionnaire anglais de Rosenberg (alpha de Cronbach = 0.83,

0,89, 0,90 et 0,88) et semble montrer une validité satisfaisante. Les scores bruts à ce questionnaire varient de 10 à 40.

Une interprétation des scores a été proposée par Vallieres E. et Vallerand. R(1990) :

- Un score inférieur à 25 : très faible estime de soi
- Un score entre 25 et 31 : faible estime de soi
- Un score entre 31 et 34 : estime de soi moyenne
- Un score entre 34 et 39 : forte estime de soi
- Un score supérieur à 39 : très forte estime de soi

3 Passation du questionnaire et population questionnée

Ce questionnaire a été présenté sous un format digital et hébergé par la plateforme « Google Form ». L'enquête a été adressée à une population fumeuse et/ou vapoteuse principalement située en Belgique francophone. Aucune limite d'âge n'a été fixée. L'enquête fut diffusée principalement à travers le réseau social Facebook, LinkedIn et Instagram. Afin de cibler davantage une population fumeuse, l'enquête a été partagée dans des groupes spécifiques pour fumeur ou vapoteur. L'enquête en ligne était présentée via un texte introductif informant le participant de l'anonymat de l'étude et de la thématique abordée. Ce questionnaire était accessible à partir du 28 mars 2020 au 30 juin 2020.

4 Traitement initial des données

Nous avons récolté 162 réponses aux questionnaires. Après un premier traitement des données effectuées en vue de limiter les réponses aberrantes ou inutilisables, nous avons obtenus 156 réponses valables.

Des analyses de fiabilité et de validité ont également été effectuées et seront détaillées prochainement.

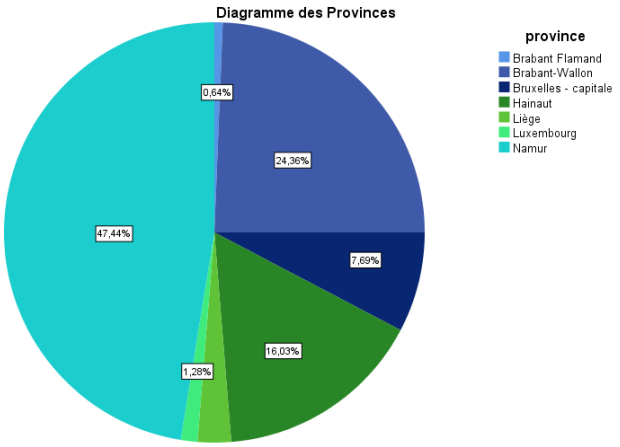
Chapitre 2 : Présentation des données

1. Analyses descriptives

d. Variables sociodémographiques

Parmi ces 156 participants, on compte 73,1% de femmes pour 26,9% d'hommes. Une majorité de l'échantillon ont entre 18 et 45 ans. On compte parmi eux 41% d'employés, 12,8% d'étudiants, 12,2% de personnes sans emploi actuellement, 9,6% de cadres, 9 % d'indépendants, et 7,7% d'ouvriers ainsi que des personnes en maladie.

La majorité vivent en province de Namur (47,4%), suivie de 24,4% dans le Brabant Wallon, 16% habitent le Hainaut.

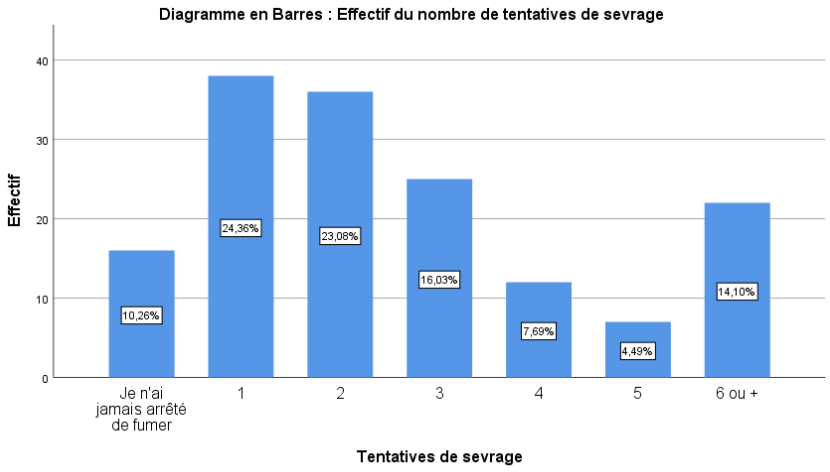


Une grande partie de l'échantillon ont obtenu un diplôme d'enseignement supérieur, suivi d'un bachelier et d'un master. 12,8% ont obtenu un diplôme de secondaires inférieures.

	Nombre	Pourcentage	Pourcentage valide	% cumulé
Genres				
Homme	42	26.9	26.9	26.9
Femme	114	73.1	73.1	100
Ages				
18-25	34	21.8	21.8	21.8
26-35	36	23.1	23.1	44.9
36-45	32	20.5	20.5	65.4
46-55	25	16	16	81.4
56-65	25	16	16	97.4
66 et +	4	2.6	2.6	100
Régions				
Brabant flamant	1	0.5	0.5	0.5
Brabant Wallon	38	24.4	24.4	25
Bruxelles Capitale	12	7.7	7.7	32.7
Hainaut	25	16	16	48.7
Liège	4	2.5	2.5	51.3
Luxembourg	2	1.3	1.3	52.6
Namur	74	47.4	47.4	100
Etudes				
Primaire ou sans diplôme	1	0.6	0.6	0.6
Secondaires inférieures	20	12.8	12.8	13.5
Secondaires supérieures	64	41	41	54.6
Bachelier	47	30.1	30.1	84.6
Master	24	15.4	15.4	100
Professions				
Etudiants	20	12.8	12.8	12.8
Indépendants	19	12.2	12.2	25
Ouvriers	14	9	9	34
Employés	12	7.7	7.7	41.7
Cadres	64	41	41	82.7
Sans Emploi	15	9.6	9.6	92.3
Maladie	12	7.7	7.7	100

L'âge moyen du début de consommation de tabac est 16 ans (Min 10 ans et max 25 ans). Les participants de cet échantillon fument en moyenne 14,83 cigarettes par jour dont principalement des cigarettes manufacturées (76,3%).

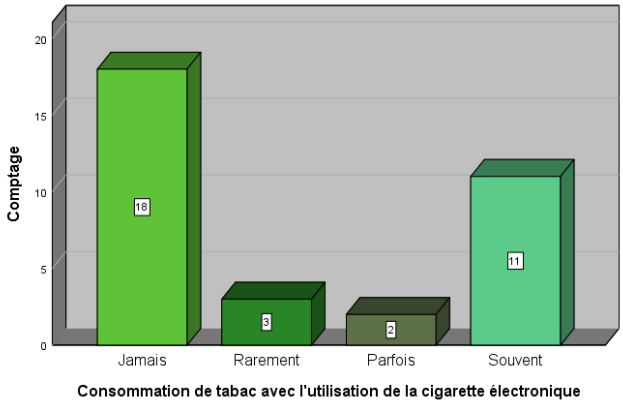
En moyenne, les participants ont fait plus de deux tentatives de sevrage au tabac. 10,3% n'ont jamais essayé d'arrêter de fumer et 14,1% ont essayé plus de 6 fois.



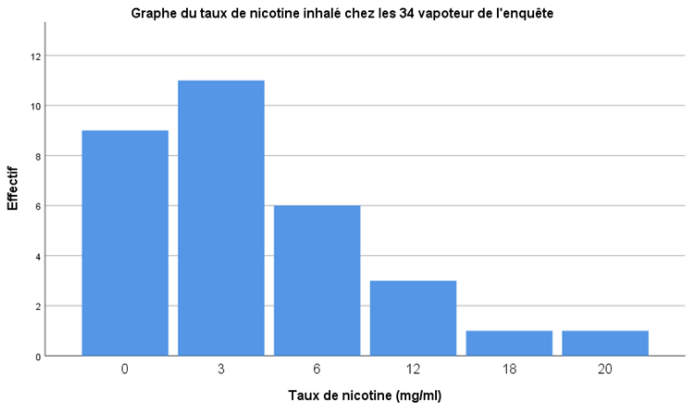
Parmi nos 156 participants, 94,2% connaissent la cigarette électronique mais seuls 34 participants (21,8%) l'utilisent. Les raisons mises en avant par les utilisateurs sont principalement le souhait d'arrêter le tabac pour 90% d'entre eux, l'envie de diminuer leur consommation (37%), de diminuer l'impact néfaste du tabac sur la santé (37%), pour des raisons économiques (27%) et des raisons médicales à 13%.

D'autres raisons ont été mises en avant par les participants tels que le souhait de « *retrouver le gout et l'odorat* », « *de fumer dans une nouvelle voiture* », « *pour aller chez des amis* » ou bien encore « *pour diversifier le gout de tabac* ».

Parmi les 34 vapoteurs, plus de la moitié ne consomment plus de tabac (n=18, 52,9%), 11 fument « *souvent* » du tabac en plus de leur cigarette électronique, 3 fument « *rarement* » et 2 « *parfois* ».



Ils utilisent leur cigarette électronique en moyenne depuis 23 mois et leur dosage en nicotine est principalement de 3 mg/ml pour 32,4% d'entre eux, puis de 0 pour 26,5% et 17,6% sont à 6 mg/ml.

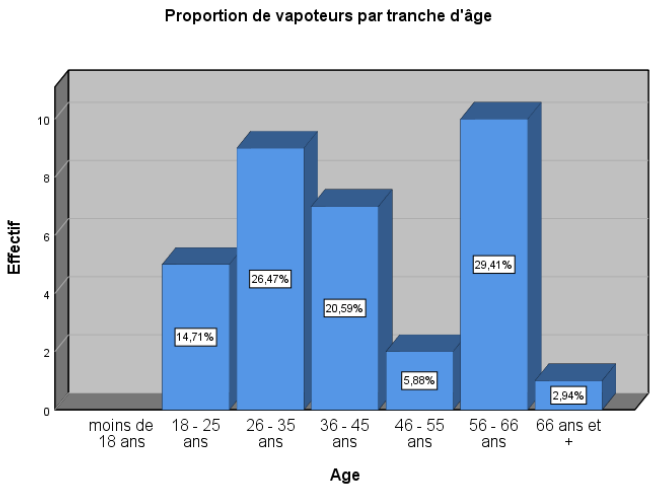


Au niveau des substituts nicotiniques, une majorité des participants n'ont pas recours à des traitements de substitutions nicotiniques (n=145). Seulement 11 personnes dans notre enquête utilisent des traitements de substitution nicotiniques dont 3 utilisent des patchs, 4 des gommes, 1 des comprimés à sucer et une autre un médicament de type Champix.

Deux autres personnes prennent un autre traitement de substitution mais n'ont pas spécifié lequel.

Tableau 1 *Récapitulatif de l'utilisation de traitement de substitution chez les fumeurs et les vapoteurs*			
		Fumeurs	Vapoteurs
Substituts nicotiniques	Médicaments (Champix, …)	1	0
	Gommes à mâcher	2	2
	Patch	2	1
	Comprimés à sucer	1	0
	Autres	1	1
	Aucun	115	30
	N	122	34

Concernant l'âge des vapoteurs, on peut constater deux tranches d'âge où l'utilisation de la cigarette électronique est importante. Celle des 26 – 35 ans (26,5%) ainsi que celle des 56 – 65 ans (29,4%). Les jeunes entre 18 et 25 ans sont au nombre de 5 (soit 14,7%) et ils ne sont que 2 à fumer la cigarette électronique ayant entre 46 et 55 ans.

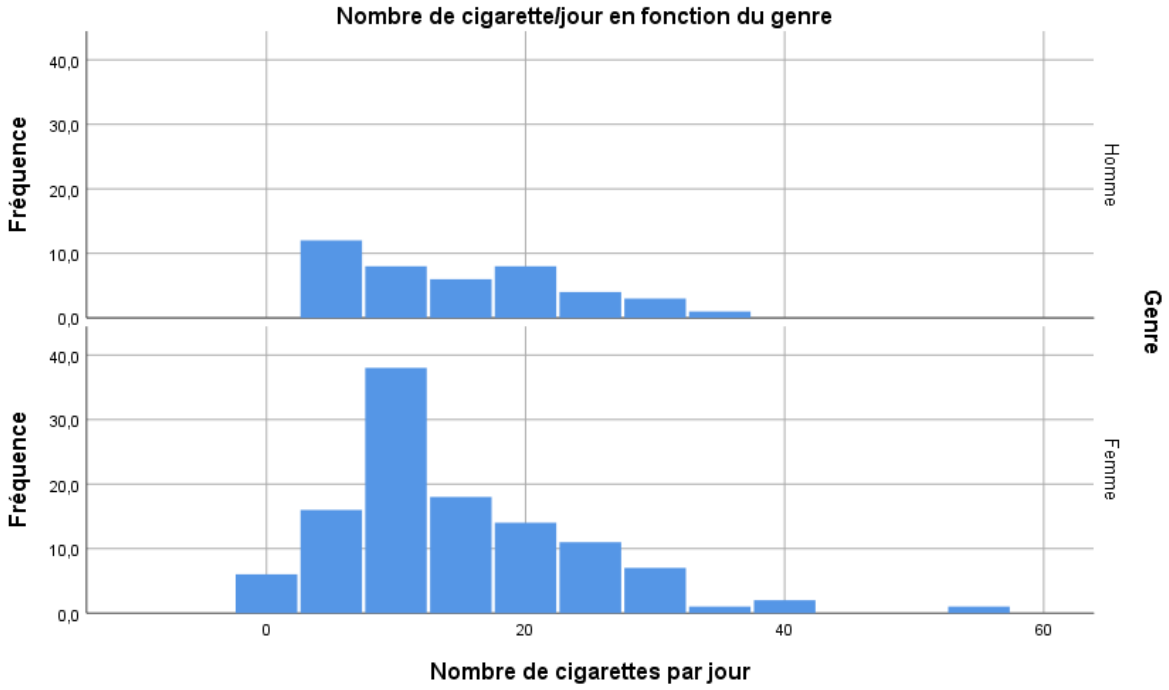


2 Analyses croisées

a. Distinction entre homme/femme

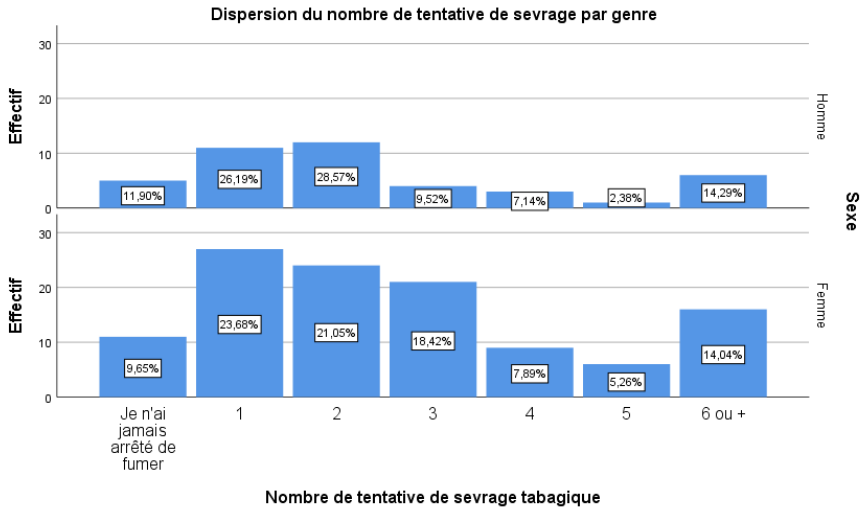
i. Nbre de cigarettes

En moyenne, les hommes et les femmes fument le même nombre de cigarettes par jour (soit 15 cigarettes/jour). Cependant, les hommes de notre échantillon fument au maximum 37 cigarettes par jours alors qu'une femme de notre échantillon fume jusqu'à 55 cigarettes par jour.



ii. Nombre de tentatives d'arrêt(s) tabagique

Nous ne constatons pas de réelle différence entre le nombre de tentatives d'arrêt du tabac en fonction du genre. Une majorité de notre échantillon, a essayé 1 à 2 fois d'arrêter de fumer et ce, indépendamment du genre.



iii. Estime de soi

Les hommes montrent une légère estime de soi supérieure aux femmes (29,40 contre 28,38) toutefois, l'écart entre la moyenne est plus important chez les femmes que chez les hommes (e-t = 5,840 contre e.-t = 7,031). Tant chez les hommes que les femmes, leurs moyennes indiquent une faible estime générale. Les femmes ayant majoritairement une très faible estime d'elle alors que les hommes ont majoritairement une faible estime.

	Genre			
Echelle d'estime de soi	Homme		Femme	
	Nombre	%	Nombre	%
Très faible estime	9	21,4%	40	35,1%
Faible estime	16	38,1%	27	23,7%
Estime de soi moyenne	6	14,3%	17	14,9%
Forte estime	8	19,0%	22	19,3%
Très forte estime	3	7,1%	8	7,0%

iv. Motivation à l'arrêt tabagique

Par apport à la motivation à l'arrêt tabagique, nous pouvons constater que les femmes ont majoritairement (41,2%) une motivation insuffisante à l'arrêt tabagique alors que pour les hommes, cette motivation est majoritairement forte voir très forte (35,7%).

	Genre			
Q-MAT	Homme		Femme	
	Nombre	%	Nombre	%
Motivation insuffisante	13	31,0%	47	41,2%
Motivation moyenne	14	33,3%	27	23,7%
Forte ou très forte motivation	15	35,7%	40	35,1%

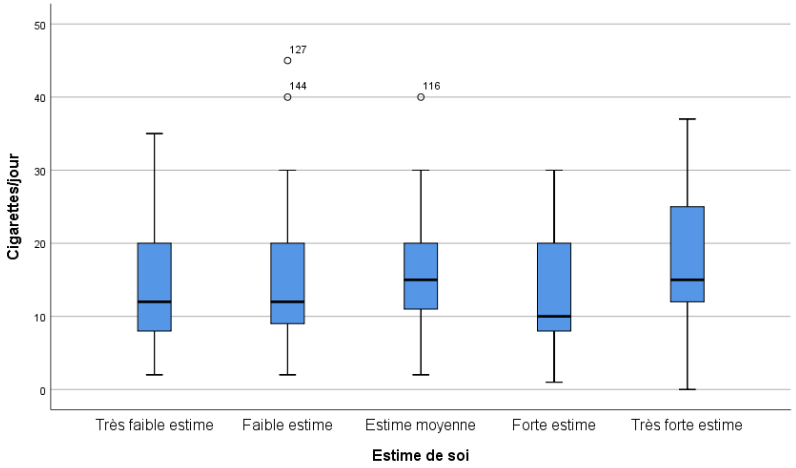
b. Distinction estime de soi

i. Age

Nous avons souhaité observer si l'estime de soi était corrélé à l'âge. Nos observations n'ont montré aucune relation significative entre l'âge et le niveau d'estime de soi.

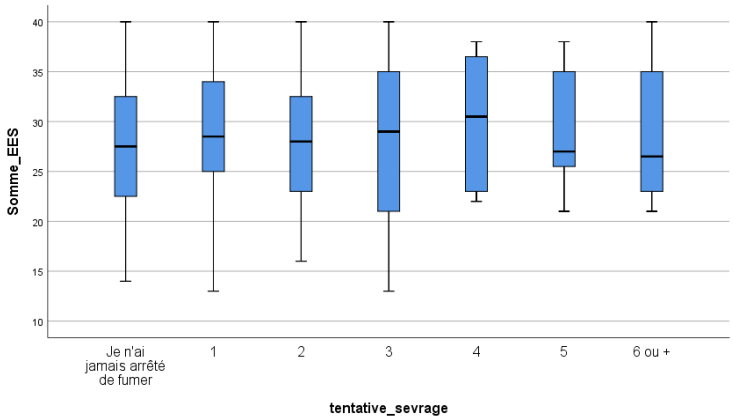
ii. Nbre de cigarettes

Sur le graphe suivant, nous pouvons observer qu'en moyenne les personnes qui fument le plus sont celles qui ont un score haut en estime de soi. Cependant la disparité du nombre moyen de cigarettes est plus grand pour cette catégorie que pour les autres.



iii. Tentatives d'arrêt tabagique

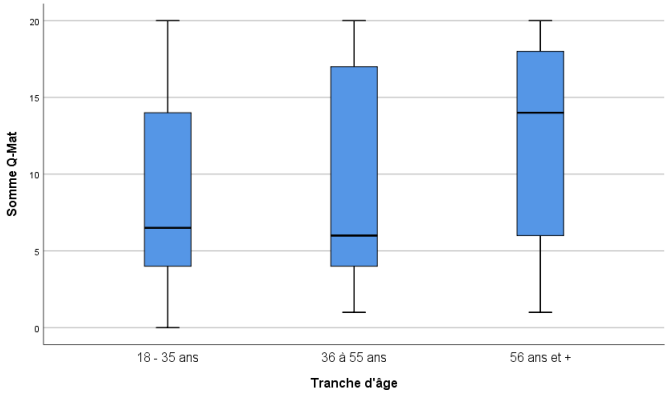
L'estime de soi ne diffère pas en moyenne en fonction du nombre de tentatives d'arrêt tabagique effectuées. Peu importe le nombre d'arrêts tabagiques essayés, la moyenne de l'estime de soi se situe entre 25 et 30. Ceci faisant référence à une faible estime de soi.



c. *Distinction entre motivation*

i. Age

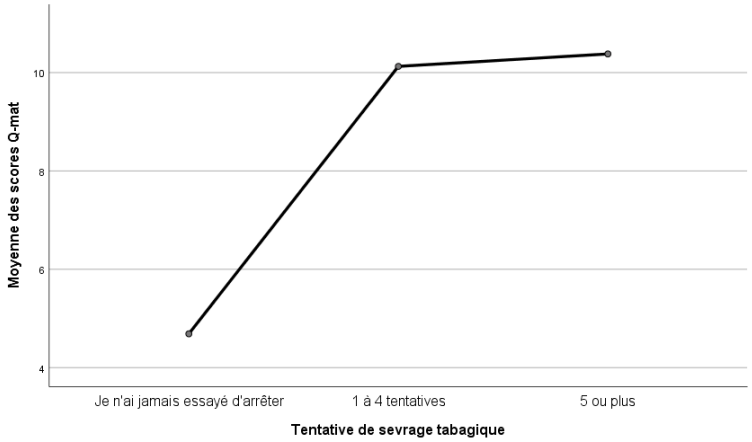
Nous pouvons observer que la moyenne de la motivation chez nos participants tant à augmenter en fonction de l'âge des participants. Cependant, au vu d'analyses statistiques effectuées, cette différence n'est pas significative et résulte du hasard de notre échantillon (F = 2,165, ddl = 2, p = .118).



De plus, il n'existe aucune corrélation entre le nombre de cigarettes fumées et le niveau de motivation à l'arrêt tabagique (r = -.022, p=.787).

ii. Tentative d'arrêt(s) tabagique

Dans le cas de tentative d'arrêt tabagique et de motivation à l'arrêt, nous avons recodé notre variable du nombre de tentatives en 3 groupes : « je n'ai jamais essayé d'arrêter de fumer », « j'ai fait 1 à 4 tentatives d'arrêt » et « j'ai fait 5 ou plus de tentatives ». Nous avons effectué une ANOVA qui indique une différence significative au niveau des moyennes obtenues en motivation à l'arrêt tabagique (*F*=5,049, ddl = 2, p=.008). Ceux qui n'ont jamais essayé d'arrêter de fumer, ont significativement une moyenne en motivation à l'arrêt tabagique inférieure à ceux qui ont essayé 1 à 4 fois et ceux qui ont essayé 5 fois ou plus.



3 Tests d'hypothèses

a. Test de fiabilité

Au niveau du test de fiabilité de l'échelle d'estime de soi, nous obtenons un alpha de Cronbach très satisfaisant de 0.838. Soit une fiabilité aussi importante que Vallieres. E., et Vallerand. R (1990) ont obtenu lors de la validation française du questionnaire.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,838	10

Concernant le questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac, la fiabilité de l'échelle est de 0.75. Ce qui indique que le questionnaire mesure bel et bien la motivation à l'arrêt du tabac.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,750	4

b. Distribution normale

Nous avons effectué des tests permettant d'observer la distribution de nos données concernant l'échelle d'estime de soi ainsi que de la motivation à l'arrêt du tabac. Nous avons pour cela effectuer le test de normalité de Kolmogorov-Smirnov. Au vu des résultats, seul les résultats obtenus en échelle d'estime de soi chez les vapoteurs obtiennent une distribution normale (p = 0.20) et par conséquent respectent la loi de normalité.

Cependant de nombreux tests paramétriques sont suffisamment robustes et peuvent apporter des informations satisfaisantes malgré que la condition de normalité ne soit pas respectée.

Tests de normalité

EES	Non	,096	122	,007	,953	122	,000
	Oui	,089	34	,200*	,972	34	,529
QMAT	Non	,178	122	,000	,877	122	,000
	Oui	,152	34	,044	,912	34	,010

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

c. *Hypothèse 1 : Différence du niveau d'estime de soi entre les fumeurs et vapoteurs*

Notre première hypothèse est d'observer si la moyenne obtenue à l'échelle d'estime de soi des fumeurs diffère statistiquement de celle des vapoteurs. Pour cela, nous avons effectué un test t sur un échantillon indépendant.

Tableau 2

Différences de moyennes obtenues à l'échelle d'estime de soi entre les fumeurs et vapoteurs

		Test de Levene		Test d'égalité des moyennes		
		F	Sig	t	ddl	Sig
EES	Hypothèse de variances égales	0,013	.910	2,195	154	.030

Au vu des résultats obtenus, nous pouvons apercevoir que l'hypothèse d'égalité des variances ne peut être rejetée car sa p-valeur est supérieure à 0.05 (p= 0.910). Nous constatons que la p-valeur du test est inférieure à 0.05 indiquant que les différences de moyennes obtenues dans les deux groupes n'est pas due au hasard. Nous pouvons affirmer qu'il existe une différence significative entre les moyennes obtenues au questionnaire d'échelle d'estime de soi (F=0.013, ddl=154, p=.030). La moyenne étant supérieure pour le groupe des fumeurs (m=29,27). Nous pouvons dire que les fumeurs ont une meilleure estime d'eux-mêmes que les vapoteurs (m=26,4).

d. *Hypothèse 2 : Différence du niveau de motivation à l'arrêt du tabac entre les fumeurs et les vapoteurs*

Notre deuxième hypothèse repose sur la différence entre la motivation à l'arrêt du tabac chez les fumeurs et les vapoteurs. Nous partons du postulat que les vapoteurs ayant déjà mis en place un moyen pour arrêter ou diminuer leur consommation ont une motivation plus importante que ceux n'ayant pas mis d'action en place.

Pour cela, nous avons également effectué un test t sur échantillon indépendant.

Les résultats obtenus indiquent qu'on ne peut rejeter l'hypothèse nulle d'égalité des variances. Nous devons donc interpréter la première ligne du tableau indiquant que nous ne pouvons rejeter l'hypothèse d'égalité des moyennes. Cela indique qu'il n'existe pas de différence significative entre la motivation à l'arrêt du tabac entre les vapoteurs et les fumeurs.

		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
Q-MAT	Fumeur	122	9,44	6,788	.615
	Vapoteur	34	10,24	6,569	1.127

Tableau 3

Différences de moyennes entre la motivation à l'arrêt du tabac chez les fumeurs et les vapoteurs

		Test de Levene		Test d'égalité des moyennes		
		F	Sig	t	ddl	Sig
Q-MAT	Hypothèse de variances égales	0,218	0,641	-0,0606	154	0,545

e. *Hypothèse 3 : Corrélation entre le niveau de motivation à l'arrêt tabagique et l'estime de soi.*

Nous avons également effectué des corrélations entre le niveau d'estime de soi et de motivation à l'arrêt du tabac.

Sans distinction des groupes, il n'existe aucune corrélation entre les deux questionnaires. Cependant, lorsqu'on analyse la corrélation existante en fonction des groupes (fumeur / vapoteur), on peut remarquer une corrélation moyenne (r = 0.503) existante pour les vapoteurs. On peut donc conclure que chez les vapoteurs, plus leur estime est haute, plus leur motivation à l'arrêt du tabac augmente et inversement. Cependant, nous ne retrouvons pas cette corrélation chez les fumeurs de tabac.

Tableau 4

Résultats de corrélation entre les scores obtenus en estime de soi et du niveau de motivation à l'arrêt tabagique chez les vapoteurs.

		EES (Estime de soi)
Q-Mat	Corrélation de Pearson	0,503
	Sig. (bilatérale)	0,002
	N	34

Chapitre 3 : Discussion des résultats

1 Résultats

Sur base des statistiques effectuées jusqu'à présent, nous pouvons résumer nos résultats comme suit :

- Il n'existe pas de relation entre l'estime de soi et la motivation à l'arrêt tabagique excepté chez les vapoteurs. Plus les vapoteurs ont une meilleure estime d'eux-mêmes, plus leurs motivations pour arrêter les produits du tabac est grande et inversement.
- Dans le cadre de notre enquête, la motivation à l'arrêt tabagique ne diffère pas entre les fumeurs et les vapoteurs.
- La moyenne de l'estime de soi est significativement plus élevée chez les fumeurs que chez les vapoteurs.

Nos recherches ont permis d'observer une corrélation positive entre l'estime de soi et la motivation à l'arrêt du tabac chez les vapoteurs. Nous n'avons pu reproduire ce résultat chez les fumeurs. Dans notre échantillon de fumeurs et contrairement à ce que prédit la littérature, la motivation ne semble pas être plus haute quand l'estime de soi l'est. Contrairement à ce que nos hypothèses évoquaient, l'estime de soi chez les fumeurs est en moyenne plus élevée que chez les vapoteurs. Cependant, ces analyses doivent être prises avec prudence puisque le nombre de vapoteurs présents dans l'études est largement inférieure à celui des fumeurs.

Toutefois, nous pouvons mettre en avant que dans notre échantillon global, l'estime de soi de nos participants est en moyenne faible indépendamment d'être fumeur ou vapoteur (moyenne de 29).

L'âge des participants ne semblent pas avoir une influence sur la motivation des participants ainsi que sur l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes.

L'estime et la motivation ne semblent pas impactées également par le nombre de cigarettes fumées par jour. Cependant, nous avons pu constater que le nombre d'arrêts tabagiques avait une influence sur la motivation à l'arrêt. Plus nos participants effectuaient des tentatives d'arrêt, plus celles-ci étaient motivées à arrêter du fumer.

Concernant l'utilisation des substituts nicotiniques, un nombre très faible de notre échantillon les utilisent (n=11).

2 Limitation

Dans le cadre de cette étude, il existe une trop grande disparité entre le nombre de participants « fumeur » (n=122) et des participants « vapoteur » (n=34). De plus, dans notre échantillon de vapoteurs, la moitié continuait de consommer des produits issus du tabac qui pourrait avoir une influence sur le reste des réponses aux questionnaires.

Une autre limitation que nous pouvons mettre en avant est également la disparité entre les genres. Nous avons recueilli une majorité de réponses de femmes. Or la littérature insiste sur le fait que les fumeurs sont davantage des hommes que des femmes (Gisle, L. & al., 2019 ; fondation contre le cancer, 2019).

Par ailleurs, le questionnaire étant principalement diffusé sur internet, nous pouvons imaginer qu'une partie de la population n'a pu avoir accès à ce questionnaire telles que les personnes plus âgées ou de personnes ne disposant pas d'une connexion internet.

Concernant la passation du questionnaire, nous avons eu des retours des participants exprimant qu'il était difficile en tant que vapoteurs de remplir le questionnaire de motivation à l'arrêt tabagique. Bien qu'il eût été spécifié que ce questionnaire faisait référence à l'utilisation de produits impliquant de la nicotine. Ceux-ci ne se considérant plus comme fumeur, estimaient que le questionnaire n'avait plus d'intérêt. Nous pouvons dès lors imaginer un biais créé dans les réponses à ce questionnaire principalement, ceux-ci se sentant peu concernés par le questionnaire. Nous devons noter également que parmi certains vapoteurs de notre étude, le questionnaire ne permet pas de distinguer si ces vapoteurs étaient fumeurs auparavant.

3 Ouverture et recherches pour le futur

Notre recherche visait principalement à établir un lien entre l'estime de soi et la motivation à l'arrêt tabagique chez les fumeurs et vapoteurs. De par notre petit échantillon de vapoteurs, nous n'avons pu établir de relation concrète. Dès lors, il pourrait être nécessaire de reproduire cette enquête avec une population plus grande.

Dans le cadre d'une nouvelle étude, il serait judicieux de la comparer à une population non fumeuse afin de constater d'éventuelles différences dans les niveaux de l'estime de soi. Il serait

approprié de pouvoir comparer le niveau d'estime de soi de la population générale à celle des fumeurs et vapoteurs qui est, selon, notre recherche, « faible ».

L'estime de soi étant un phénomène variable dans le temps, une mesure en deux temps permettrait de mettre en avant ce phénomène lorsque le fumeur arrête sa consommation tabagique. Cela permettrait d'établir si l'estime de soi tend à évoluer comme explicité dans la littérature en fonction des engagements et comportements mis en place

Chapitre 4 : Conclusion

Cette étude a permis de montrer qu'il existait une relation entre le niveau de motivation à l'arrêt tabagique et l'estime de soi chez les vapoteurs. Toutefois et contrairement à ce que la littérature explique, les fumeurs montrent une meilleure estime d'eux-mêmes que les vapoteurs dans le cadre de notre échantillon.

L'estime ne semble dès lors pas avoir un rôle sur le niveau de motivation des fumeurs. De plus et contrairement à ce que nos hypothèses souhaitaient démontrer, les vapoteurs n'ont pas une meilleure estime d'eux, ni une plus grande motivation du fait d'être vapoteur.

Bien que nombreux sont les fumeurs qui connaissent la cigarette électronique, peu l'utilisent (21%), ils sont encore moins nombreux à utiliser des traitements de substitution nicotinique (%).

Connaitre les facteurs influençant la motivation des fumeurs désireux d'arrêter de fumer permettrait de répondre davantage à ces besoins et par conséquent, de fournir une aide individuelle et de qualité permettant d'améliorer ses chances de réussite du sevrage au tabac.

Dans le cadre de la lutte contre le tabac, il est important de continuer d'investiguer davantage le rôle et l'implication qu'à l'estime de soi chez les fumeurs afin d'améliorer notre prise en charge mais également d'augmenter leur motivation dans le cadre de l'arrêt du tabac. Au vu du grand nombre de tentatives d'arrêt des fumeurs, continuer d'étudier davantage les facteurs qui influencent la non-réussite du sevrage permettrait d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes désireuses d'arrêter de fumer.

Bibliographie

Abernathy, T. J., Massad, L., & Romano-Dwyer, L. (1995). The relationship between smoking and self-esteem. Adolescence, 30,899–907.

Adriaens K, Van Gucht D, Declerck P, Baeyens F. Effectiveness of the electronic cigarette: An eight-week Flemish study with six-month follow-up on smoking reduction, craving and experienced benefits and complaints. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(11):11220-11248. Published 2014 Oct 29.

doi:10.3390/ijerph111111220

André C., « L'estime de soi au quotidien », article de la rubrique Dossier « De la reconnaissance à l'estime de soi », Mensuel, n°131, Octobre 2002

Bartsch, P., Delvaux, M., Englebert, E., Beaupain, M. H., & Louis, R. (2017). Cigarettes électroniques et arrêt du tabac : la situation en Belgique. Revue Médicale de Liège, 72(1), 14-19

Carpenito, l.J. (1995). Diagnostics infirmiers: applications cliniques. issy-les-Moulineaux: elsevier Masson.

Chevalier, C., & Nguyen, A. (2016). Prise en charge du sevrage tabagique. Actualités Pharmaceutiques, 55(560), 26-33.

Daling, J. R., Madeleine, M. M., McKnight, B., Carter, J. J., Wipf, G. C., Ashley, R., ... & Galloway, D. A. (1996). The relationship of human papillomavirus-related cervical tumors to cigarette smoking, oral contraceptive use, and prior herpes simplex virus type 2 infection. Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers, 5(7), 541-548.

Dansou A, Maino B, Lemarié E. (2012). Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitement substitutif et sevrage : alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites. Rev Prat 62:837

DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors.

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. (2004). Mortality in relation to smoking; 50 years' observations on male British doctors. BMJ ;328:1519—28.

Dorard, G., Bungener, C., & Berthoz, S. (2013). Estime de soi, soutien social perçu, stratégies de coping, et usage de produits psychoactifs à l'adolescence. Psychologie française, 58(2), 107-121.

Du, H., King, R. B., & Chi, P. (2017). Self-esteem and subjective well-being revisited: The roles of personal, relational, and collective self-esteem. PLoS ONE, 12(8), e0183958. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183958.

Dureuil, B., Dautzenberg, B., & Masquelet, A. C. (2006). Tabagisme en période périopératoire. Presse Med, 35(6), 1009-15.

Emery EM, McDermott RJ, Holcomb DR, et al. (2003). The relationship between youth substanceuse and area-specific self-esteem. J Sch Health. 1993;63(5):224-228.

Ernster VL, Grady D, Miike R et al. (1995). Facial wrinkling in men and women, by smoking status. Am J Public Health.

Etter, J. F. (2010). Electronic cigarettes: a survey of users. BMC public health, 10(1), 231.

Farsalinos KE, Romagna G, Tsiapras D, et al. (2014). Characteristics, perceived side effects and benefits of electronic cigarette use : a worldwide survey of more than 19,000 consumers. Int J Environ Res Public Health, 2014, 11, 4356-4373)

Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1995). The role of peer affiliations, social, family and individual factors in continuities in cigarette smoking between childhood and adolescence. Addiction, 90, 647–660.

Fondation contre le cancer, 2019. Enquête tabac 2019. IPSOS.

Freijy, T., & Kothe, E. J. (2013). Dissonance-based interventions for health behaviour change: A systematic review. British Journal of Health Psychology, 18(2), 310–337. https://doi.org/10.1111/bjhp.12035.

Galand, B. (2011). Chapitre 17. Avoir confiance en soi. Dans : Étienne Bourgeois éd., Apprendre et faire apprendre (pp. 255-268). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.brgeo.2011.01.0255.

Gerrard, M., Gibbons, F. X., Reis-Bergan, M., & Russell, D. W. (2000). Self-esteem, self-serving cognitions, and health risk behavior. Journal of Personality, 68(6), 1177-1201.

Gisle, L., Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Braekman, E., Nguyen, D., Van der Heyden, J., Berete, F., Hermans, L., & Tafforeau, J. Enquête de santé 2018: Style de vie. Résumé des résultats. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de dépôt : D/2019/14.440/61. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

Gomajee, R., El-Khoury, F., Lemogne, C., Zins, M., & Melchior, M. (2019). L'utilisation de la cigarette électronique permet-elle de réduire le tabagisme? Données de la cohorte Constances. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 67, S41-S42.

Harter, S. (1999). The construction of the self: a developmental perspective. New York: Guilford Press

Hoffmann, D., Djordjevic, M. V., & Hoffmann, I. (1997). The changing cigarette. Preventive medicine, 26(4), 427-434.

Hon, L. (2010). U.S. Patent No. 7,832,410. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.

Hughes JR, KeelyJ, Naud S. (2004). Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction 2004;99(1):29–38.

Ioakeimidis, N., Vlachopoulos, C., & Tousoulis, D. (2016). Efficacy and safety of electronic cigarettes for smoking cessation: a critical approach. Hellenic J Cardiol, 57(1), 1-6.

Kowalski, S. D. (1997). Self-esteem and self-efficacy as predictors of success in smoking cessation. Journal of Holistic Nursing, 15(2), 128-142.

McKee, S. A., O'Malley, S. S., Salovey, P., Krishnan-Sarin, S., & Mazure, C. M. (2005). Perceived risks and benefits of smoking cessation: gender-specific predictors of motivation and treatment outcome. Addictive behaviors, 30(3), 423-435.

Miller-William R. (1989). Increasing motivation for change. in Miller WR Ed, ester RIC EOL Glandbook of alcoholism treatment approaches effective alternatives. Allyn Bacon, Boston, MA, 1989, 67-80.

Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. Addictive behaviors, 21(6), 835-842.

Miller WR. (1991). The addictive behaviors : treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity. New York : Pergamon Press, 1991.

OMS, Tabac, 26 juillet 2019 https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco consulté le 06 mai 2020.

Perriot, J., Underner, M., Peiffer, G., & Dautzenberg, B. (2018). L'aide à l'arrêt du tabac des fumeurs atteints de BPCO, d'asthme, de cancer bronchique, et opérés. Revue de Pneumologie Clinique, 74(3), 170-180.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol, 1992, 47, 1102-1114.)

Public Health England. (2015). E-cigarette: an evidence update. 19-8-2015. PHE productions gateway number 2015260. Ref Type: Report

Rehan, H. S., Maini, J., & Hungin, A. P. (2018). Vaping versus smoking: a quest for efficacy and safety of E-cigarette. Current drug safety, 13(2), 92-101.

Rosenberg, M. (1979). Conceiving the self. New York: Basic Books.

Rosenberg, M.. 1985. 'Selfconapt and psychol0gical Wd-bcing in adolescence'. In: R Leaby (4.T)he. development of the self. N m York: Academic Press. pp. 205-246.

Saari, A. J., Kentala, J., & Mattila, K. J. (2015). Weaker self-esteem in adolescence predicts smoking. BioMed Research International, 2015, 687541. https://doi.org/10.1155/2015/687541.

Schmit, S., Chauchard, E., Chabrol, H., & Sejourne, N. (2011). Évaluation des caractéristiques sociales, des stratégies de coping, de l'estime de soi et de la symptomatologie dépressive en relation avec la dépendance aux jeux vidéo en ligne chez les adolescents et les jeunes adultes. L'Encéphale, 37(3), 217-223.

Silagy, C., Mant, D., Fowler, G., & Lodge, M. (1994). Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. The Lancet, 343(8890), 139-142.

Soule, E. K., Maloney, S. F., Guy, M. C., Eissenberg, T., & Fagan, P. (2017). User identified positive outcome expectancies of electronic cigarette use: A concept mapping study. Psychology of Addictive Behaviors, 31(3), 343.

Soule, E. K., Rosas, S. R., & Nasim, A. (2016). Reasons for electronic cigarette use beyond cigarette smoking cessation: A concept mapping approach. Addictive behaviors, 56, 41-50.

Stead LF, Perera R, Bullen C, et al.(2012). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev, 2012, (11):CD000146

Stewart AL, King AC, Killen JD, et al. (1995). Does smoking cessation improve health-related quality-of-life? Ann Behav Med. 1995;17:331-338.

Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2003). Stability of self-esteem across the life span. Journal of personality and social psychology, 84(1), 205.

Tseng, T. Y., Ostroff, J. S., Campo, A., Gerard, M., Kirchner, T., Rotrosen, J., & Shelley, D. (2016). Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, 18(10), 1937–1943. https://doi.org/10.1093/ntr/ntw017

Vanderkam, P., Boussageon, R., Underner, M., Langbourg, N., Brabant, Y., Binder, P., ... & Jaafari, N. (2016). Efficacité et sécurité de la cigarette électronique pour la réduction du tabagisme : revue systématique et méta-analyse. La presse médicale, 45(11), 971-985.

White A. Smithsonian Magazine. 2018. Dec, Plans for the First E-cigarette Went Up in Smoke 50 Years Ago.

Wellman, R. J., Dugas, E. N., Dutczak, H., O'Loughlin, E. K., Datta, G. D., Lauzon, B., et al. (2016). Predictors of the onset of cigarette smoking: A systematic review of longitudinal population-based studies in youth. American Journal of Preventive Medicine, 51(5), 767–778. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.04.003.

West, R., & Brown, J. (2013). Theory of addiction. John Wiley & Sons.

Wirth N, Perriot J, Stoebner A, Peyrin-Biroulet C, TheveninC, Martinet Y. (2017) Tabagisme. In: La Pneumologie fondée sur les preuves, sous l'égide de la SPLF, coordination S Marchand-Adam. 5è édition Paris: Editions Margaux Orange; 2017.

World Health Organization. (2017). WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. World Health Organization.

ANNEXES

Enquête sur l'arrêt tabagique

Bonjour,

Tout d'abord, laissez-moi vous remercier d'avoir cliqué sur le lien et de prendre de votre temps pour compléter cette enquête.

Cette étude est composée de 3 questionnaires et dure environs 5 minutes. Elle est purement anonyme, les données récoltées serviront uniquement à l'élaboration de mon mémoire en tabacologie organisé par le FARES (Fonds des Affections Respiratoires ASBL).

L'étude à laquelle vous allez participer sera strictement anonyme, c'est-à-dire que les données collectées ne permettront pas de vous identifier. Ces données seront utilisées dans l'unique but de mener une étude sur la motivation à l'arrêt tabagique chez les personnes fumeuses et/ou vapoteuses. Vous avez le droit de vous retirer à tout moment de cette étude et de demander des informations supplémentaires la concernant.

Si vous avez la moindre question, vous pouvez me joindre directement à l'adresse email suivante : sarah.gauthier@live.be

Il ne me reste plus qu'à vous souhaiter un bon questionnaire ! :-)

*Obligatoire

1. En cliquant sur "oui" , je déclare avoir lu et compris la présentation ci-dessus. J'accepte donc librement et de façon éclairée de participer à cette enquête en ligne *

   Une seule réponse possible.

   - oui
   - non

2. Etes-vous : *

   Une seule réponse possible.

   - Un Homme
   - Une Femme

3. Etes-vous de nationalité Belge? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

4. A quelle tranche d'âge appartenez-vous? *

Une seule réponse possible.

- < 18 ans
- 18 - 25 ans
- 26 - 35 ans
- 36 - 45 ans
- 46 - 55 ans
- 56 - 65 ans
- 66 ans et +

5. Quel est le plus haut niveau d'enseignement que vous avez achevé avec succès? *

Une seule réponse possible.

- primaire ou sans diplôme
- secondaire inférieur général (3 premières années achevées)
- secondaire inférieur technique, artistique ou professionnel (3 premières années achevées)
- secondaire supérieur général (3 dernières années achevées)
- secondaire supérieur technique ou artistique (3 dernières années achevées)
- secondaire supérieur professionnel (3 dernières années achevées)
- candidature, bachelier (professionnalisant ou académique), graduat
- licence, master, post-graduat, enseignement non-universitaire de type long
- licence avec diplôme complémentaire, master complémentaire
- doctorat avec thèse

6. Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux votre profession ? Une seule réponse possible : *

Une seule réponse possible.

- Etudiant
- Sans emploi actuellement
- agriculteur
- Artisan
- Commerçant, industriel
- Ouvrier
- Employé
- Cadre moyen (ex.chef de service, de département,...)
- Membre de la direction générale, cadre supérieur (ex. directeur, administrateur,...)
- Maladie/incapacité

7. Dans quelle province habitez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Bruxelles - capitale
- Brabant-Wallon
- Hainaut
- Liège
- Namur
- Luxembourg
- Anvers
- Limbourg
- Flandre orientale
- Brabant Flamand
- Flandre occidentale

Cigarette & cigarette électronique

8. A quel âge avez-vous commencé à fumer? *

9. En moyenne, combien de cigarettes par jour fumiez-vous ou fumez-vous actuellement? *

10. Sous quelle forme principalement fumiez-vous ou fumez-vous votre tabac ? *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Cigarettes classiques ou manufacturées
- [ ] Cigarettes roulées
- [ ] Cigarettes entubées
- [ ] Pipes
- [ ] Cigarillos
- [ ] Cigares

11. Jusqu'à présent, combien de fois avez-vous essayé d'arrêter de fumer ? *

Une seule réponse possible.

- ( ) 1
- ( ) 2
- ( ) 3
- ( ) 4
- ( ) 5
- ( ) 6 ou +
- ( ) Je n'ai jamais essayé d'arrêter de fumer

12. Connaissez-vous la cigarette électronique et/ou la vapoteuse ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

13. En utilisez-vous une actuellement ? *

Une seule réponse possible.

- Non *Passer à la question 18*
- Oui *Passer à la question 14*

Cigarettes électroniques et/ou vapoteuse

14. Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à acheter une cigarette électronique ? *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Pour des raisons économiques
- [ ] Pour des raisons médicales
- [ ] Dans l'objectif d'arrêter de fumer
- [ ] De diminuer ma consommation de cigarettes/cigarillo, etc
- [ ] Afin de diminuer les conséquences négatives sur la santé
- [ ] Suite à une grossesse

Autre : [ ] _____

15. Depuis combien de temps vapotez-vous ? (veuillez indiquer en terme de mois, svp) *

_____

16. Quel est le dosage en nicotine de votre cigarette électronique/vapoteuse? *

Une seule réponse possible.

- 0 mg/ml
- 3 mg/ml
- 6 mg/ml
- 12 mg/ml
- 16 mg/ml
- 18 mg/ml
- 20 ou > 20 mg/ml
- Je ne sais pas
- Autre : _____

17. Actuellement, vous arrive-t-il de fumer des cigarettes malgré que vous vapotez? *

Une seule réponse possible.

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Cigarettes et substituts

18. Actuellement, prenez-vous d'autres substituts en nicotine? Si oui, lesquels? *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Aucun
- [ ] Patch de nicotine
- [ ] Chewing-gum
- [ ] Comprimés à sucer
- [ ] Inhalateur
- [ ] Médicaments (ex. champix)
- [ ] Autres

19. Depuis combien de temps prenez-vous ces substituts nicotiniques? *

Une seule réponse possible.

- Je ne prends pas de substituts nicotiniques
- moins d'1 mois
- Entre 1 mois et 3 mois
- Entre 4 mois et 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- > 1 an

Partie 2

Pour ce questionnaire-ci, "fumer" revient à prendre de la nicotine inhalée que ce soit sous forme de tabac ou via votre cigarette électronique.

20. Vous pensez que dans 6 mois : *

Une seule réponse possible.

- Vous fumerez toujours autant
- Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes
- Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes
- Vous aurez arrêté de fumez

21. Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer? *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Énormément

22. Vous pensez que dans 4 semaines : *

Une seule réponse possible.

- Vous fumerez toujours autant
- Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes
- Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes
- Vous aurez arrêté de fumer

23. Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Très souvent

Partie 3

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en cochant la réponse appropriée.

24. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égal(e) à n'importe qui d'autre. *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

25. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

26. Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e) *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

27. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

28. Je sens peu de raisons d'être fier/fière de moi *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

29. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

30. Dans l'ensemble, Je suis satisfait(e) de moi *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

31. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

32. Parfois je me sens vraiment inutile *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

33. Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

Vous avez terminé !

Le questionnaire s'achève ici ! Je vous remercie encore une fois d'avoir participé à mon étude dont le sujet porte sur la motivation à l'arrêt du tabac/cigarette électronique et l'estime de soi.

Si vous avez la moindre question ou souhaitez en savoir plus sur l'utilisation de ce questionnaire, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : sarah.gauthier@live.be

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms