Diplôme Inter-Universitaire de Tabacologie

et aide au sevrage tabagique

LA PAUSE CIGARETTE ENTRE COLLEGUES :

QUEL IMPACT SUR UN PROJET D'ARRET DU TABAC ?

Année Universitaire 2016/2017

Sébastien DAVIGNON

REMERCIEMENTS

Je remercie le professeur Henri-Jean Aubin pour ses précieux conseils lors de la guidance de ce mémoire.

Je tiens également à saluer le Docteur Patrick Dupont et ses collègues pour leur accueil et la transmission de leurs savoirs lors de mon stage.

Merci également à la direction de la clinique d'Orgemont de m'avoir permis de suivre cette formation, ainsi qu'à mes collègues pour avoir participé à mon enquête.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS……4

INTRODUCTION……5 et 6

I PROBLEMATIQUE……7 à 15

I-1 : Présentation et histoire de la clinique d'Orgemont…..7

I-2 : Histoire du tabac à la clinique d'Orgemont…….7 à 9

I-3 : La population étudiée……..9 à 11

I-4 : Orgemont versus baromètre hospitalier 2003……..11 à 14

I-5 : Les soignants en psychiatrie et le tabac……14 et 15

II METHODOLOGIE……16 à 19

II-1 : Généralités……16

II-2 : Notre panel d'un point de vue quantitatif……17 et 18

III-3 : Notre panel d'un point de vue qualitatif……18 et 19

III RESULTATS DE L'ENQUETE ET ANALYSE……20 à 26

III-1 : Les duos de fumeurs……20 à 25

III-2 : La question du stress au travail……26

IV SYNTHESE DES RESULTATS……27 à 31

V REFLEXIONS……32 et 32

CONCLUSION……33

BIBLIOGRAPHIE……34

AVANT-PROPOS

Nous ne sommes pas particulièrement phallocrate, mais par commodité d'usage, on utilisera tout au long de ce travail le genre masculin pour catégoriser un groupe.

Si nécessaire, il sera fait usage du genre féminin.

Par ailleurs, il nous a semblé que le jury devait posséder quelques connaissances en la matière. Nous avons donc pris le parti de ne pas alourdir notre travail d'une histoire du tabac, de données épidémiologiques ou d'une liste plus ou moins exhaustive des méfaits liés au tabac.

Enfin, notons que par soucis de confidentialité, les prénoms cités par les répondants ont été changés.

INTRODUCTION

Jusqu'au décret du 1er février 2007 interdisant de fumer dans les lieux recevant du public, la problématique de la pause-cigarette ne se posait pas dans les mêmes termes pour certaines catégories de personnel de la Clinique d'Orgemont. En effet, les aides-soignants, les infirmiers et le personnel ASH (Agent de Service Hospitalier) fumaient avec les patients dans les salons fumeurs situés à chaque extrémité des unités de soins.

Nul besoin alors pour ces membres du personnel de quitter leur service pour fumer. Ce temps pouvait même revêtir un caractère thérapeutique lorsque partagé avec un patient. Le personnel pouvait donc associer consommation de tabac et soins relationnels prodigués aux patients.

Avec la nouvelle loi, soignants et soignés de la clinique d'Orgemont ont investi des lieux différents pour fumer. Des bancs, des cendriers et un abri ont été mis à disposition des patients devant l'accueil de la clinique. Les soignants eux ont migré sous le préau de l'HDJ.

Du coup, le temps passé à fumer par les soignants n'est plus un temps soignant puisque ce temps n'est plus partagé avec les patients. Les blouses blanches croisent bien sûr les patients de l'HDJ mais les soignants de la clinique (hospitalisation à temps complet) ne connaissent pas forcément ces patients "à temps partiel" et n'engagent souvent la conversation que pour les salutations d'usage.

Ce temps est donc devenu un réel temps de pause partagé (ou non) entre collègues, consœurs ou confrères. Que se joue-t-il dans cet espace ? Quelle est la teneur des conversations qui s'y tiennent ? Professionnelles ou personnelles ? Au sein de cette coterie de fumeurs, a-t-on accès plus facilement à certaines informations ?

Au point qu'on puisse s'interroger, sur l'impact que ce temps de pause cigarettes entre collègues, dont on peut avoir l'a priori qu'il est agréable voire utile, peut avoir sur un projet d'arrêt du tabac ?

Au début de notre recherche bibliographique, nous avions débusqué sur le site psychologie.com[1] un article illustrant notre problématique. Dans ce laïus intitulé "La nouvelle pause-cigarette au travail", la journaliste décrivait certaines pratiques ayant court aux bas des tours de la Défense. Alors certes, la situation décrite ne prend pas pied dans le monde de la santé, mais deux situations particulièrement éloquentes ont attiré notre attention.

Christian est un ex-abstinent. Il a rechuté. Son témoignage est le suivant :"La pause-clope, c'est le moment où tu discutes de façon informelle du boulot, mais où parfois aussi, tu dénoues des situations. Lorsque j'avais arrêté de fumer, j'avais toujours l'impression de rater des trucs."

Marco, lui évoque ce moment où "quand on en voit enfiler son manteau, on sait qu'il y a une pause clope qui se prépare, ceux qui sont intéressés font pareil et le suivent". Et notre témoin de conclure,

[1] psychologies.com/Travail/Vie-professionnelle/Relations-professionnelles/Articles-et-Dossiers/La-nouvelle-pause-cigarette-au-travail

comme pour justifier notre sujet : « Ça ne pousse pas vraiment à arrêter ».

Dans un autre article débusqué sur le net[2], la même thématique est développée. « C'est vrai que lorsqu'on fait une pause, on descend à plusieurs et on parle souvent des projets sur lesquels on travaille, reconnaît Julien, cadre dans une banque. Cela ressemble parfois à des réunions informelles. » Et d'ajouter : « Si je n'étais pas fumeur, j'aurais parfois l'impression d'être en dehors du coup ». Julia, qui vient d'intégrer un cabinet d'audit connaît ce sentiment. Son supérieur hiérarchique est un gros fumeur qui embarque avec lui, chaque fois qu'il prend une pause, les autres fumeurs de l'équipe.
« Inévitablement, il est proche d'eux, regrette-t-elle, même si ce n'est pas intentionnel. »

Alors certes, la clinique d'Orgemont n'est pas un milieu concurrentiel où les salariés s'affrontent pour atteindre des objectifs, où l'existence d'un circuit parallèle de diffusion de l'information se justifierait, mais on peut imaginer certains liens particuliers, une certaine forme de complicité au sein de ce club qui impacterait consciemment ou inconsciemment le désir d'arrêt du tabac de ses membres. Au terme de ce travail, nous espérerons avoir répondu à cette question.

[2] lexpress.fr/emploi/faut-il-encourager-les-pauses-cigarettes_955646.html

I. PROBLEMATIQUE

I-1 : Présentation et histoire de la clinique d'Orgemont

La clinique d'Orgemont est une clinique psychiatrique localisée sur la commune d'Argenteuil (Val d'Oise). C'est une directrice d'exploitation qui encadre une équipe de 80 employés en CDI au 1er juillet.

Cet établissement a ouvert en août 2004 et se compose de trois unités distinctes :

- L'unité dite de secteur, qui compte 21 lits d'hospitalisation à temps complet. Cette unité présente la particularité de recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement et d'être dotée d'une chambre de soins intensifs, seul lieu où il est parfois encore consommé du tabac à l'intérieur de l'établissement dans certaines circonstances. Cette unité est située au rez-de-chaussée de l'établissement.

- L'hospitalisation dite privée au 1er et au 2e étage de la clinique qui compte 68 lits d'hospitalisation à temps complet ne se singularise pas d'une clinique psychiatrique privée lambda.

- Un hôpital de jour (HDJ) doté de 10 places qui accueille des patients du lundi au vendredi de 9h à 17h.

Cette clinique appartient au groupe CLINEA qui avait acquis la polyclinique d'Orgemont, établissement médico-chirurgical, dont l'exploitation avait cessé quelques années auparavant, puis déposé une demande auprès de l'ARH d'Ile-de-France aux fins de créer des lits de psychiatrie.

L'autorisation de créer 80 lits d'hospitalisation complète et 10 places d'HDJ a été obtenue le 27 mai 2002 par décision de la Commission exécutive de l'ARH d'Ile-de-France.

Une convention de coopération a été signée le 29 septembre 2005 avec le Centre Hospitalier d'Argenteuil pour prendre en charge les patients relevant des secteurs 95G05, 95G06 et 95G013. Ces patients sont accueillis dans l'unité dite de secteur.

I-2 : Histoire du tabac à la clinique d'Orgemont

A l'ouverture de la clinique, patients et soignants pouvaient encore s'adonner à leur vice favori dans des pièces prévues à cet effet.

Ainsi l'unité du rez-de-chaussée était dotée d'un salon fumeur et d'un salon non-fumeur.

Les deux autres unités, plus grandes, avaient à chaque extrémité un salon fumeur et un salon non-fumeur. Il y avait donc 5 pièces fumeurs sur l'ensemble de l'établissement.

Certains soignants et les patients fumaient dans ces salons, du moins ceux qui ne voulaient pas sortir fumer à l'extérieur. Bien que rien n'interdisait de fumer à l'extérieur, la plupart des fumeurs restait fumer dans ces salons.

Afin d'optimiser la rentabilité de l'établissement, n'ont bientôt été conservés qu'un salon fumeur et un salon non-fumeur par unité, les salons superfétatoires étant transformés en chambre double...

On se souvient que les salons fumeurs étaient beaucoup plus fréquentés par les patients que les salons non-fumeurs y compris par ceux qui ne fumaient pas.

Puis les députés et les sénateurs ont sonné le glas de la consommation du tabac dans les lieux accueillant du public par la loi du 1er février 2007.

Quelle révolution à la clinique d'Orgemont ! Que n'a t'ont pas tenu de réunions pour savoir comment les patients allaient pouvoir continuer à fumer tout en respectant la nouvelle législation.

Il a été décidé que les patients pourraient librement sortir fumer dans le parc pendant les horaires d'ouverture de l'accueil de 8h30 à 20 h puis que sous la surveillance d'un soignant, ils pourraient s'en griller une petite dernière avant le coucher pendant un créneau nocturne supplémentaire (21h30-22h). En dehors de ces temps, il était théoriquement impossible pour les patients de fumer.

La survenue des premières intempéries a fait émerger le problème de l'absence d'un abri pour les fumeurs. A donc été construit une sorte d'abribus où les patients peuvent trouver refuge pour fumer quand il pleut.

Puis est arrivé le temps des premières transgressions car il était bien sûr illusoire de croire que tous les patients allaient s'abstenir de fumer de 22h, heure de fin du « smoking time » nocturne jusqu'au lendemain 8h30, heure d'ouverture de l'accueil.

Outre la dimension hôtelière (altération de l'état des chambres liée au tabagisme) et chronophage (déclenchement intempestif et inutile des alarmes incendie), la sécurité des patients était un enjeu majeur. Combien d'incendies ayant pour origine un patient s'étant endormi avec sa cigarette au bec ? Ce problème se posait avec d'autant plus d'acuité en psychiatrie avec les traitements sédatifs administrés aux patients.

Il a donc alors été décidé d'envoyer un infirmier volontaire se former à la tabacologie. Celui-ci a ainsi obtenu ce D.I.U en 2010. Un groupe de travail et une enquête menée auprès des patients ayant pour thème le tabac ont alors été mis en place.

Lorsque cet infirmier a quitté le corps soignant pour un poste d'encadrement, nous nous sommes immédiatement proposés pour le remplacer et suivre ce D.I.U.

Quid des soignants avec cette nouvelle loi imposant la fermeture des salons fumeurs ?

Pour la plupart (soignants, médecins), ils ont migré sous le préau de l'HDJ où se situe une table de ping-pong et des cendriers. Cet endroit est un lieu de passage pour les patients soignés à l'HDJ et n'est

pas exclusivement fréquenté par le personnel fumeur. C'est un peu le lieu de pause de la clinique où les non fumeurs passent aussi du temps, notamment lorsque la météo est clémente.

Certaines ASH ont un autre spot pour fumer : devant l'entrée du personnel, qui est aussi l'entrée des livraisons.

I-3 : La population étudiée

Le personnel de la clinique d'Orgemont est donc constitué de salariés en CDI et de salariés en CDD. Ces derniers sont communément désignés sous le terme de vacataires. La direction a recours à ces CDD pour remplacer des employés en CDI en congés payés ou en arrêt maladie. La plupart de ces contrats ont une durée d'une journée et sont délivrés dans les secteur d'activité des soins (infirmiers, aides-soignants), de l'hôtellerie (Agent de Service Hospitalier) et de la cuisine (commis, serveuses). Seul le remplacement des hôtesses d'accueil donne lieu à des CDD plus longs.

Pour notre enquête, nous avons choisi de ne tenir compte que des salariés en CDI à la date du 1er juillet 2017. Après accord de la directrice d'exploitation de l'établissement, nous avons donc eu accès à la liste des salariés présents à cette date.

Au 1er juillet, il y avait donc 80 CDI en cours dont la répartition par catégorie professionnelle est la suivante :

- 6 administratives (2 secrétaires médicales, une secrétaire d'admission, une facturière et deux hôtesses d'accueil),

- 13 Agents de Service Hospitalier (13 femmes),

- 10 para-médicaux (3 psychologues, 1 psychomotricienne, 2 art-thérapeutes, 1 ergothérapeute, 1 éducateur sportif, 1 assistante sociale, 1 diététicienne : 8 femmes et 2 hommes),

- 11 médecins (5 psychiatres, 1 généraliste, 5 médecins de garde en CDI : 4 femmes et 7 hommes),

- 4 membres de la direction (1 directrice d'exploitation, 1 attachée de direction, 1 responsable des soins, 1 cadre de santé : 3 femmes et 1 homme),

- 5 en cuisine (1 chef, 1 cuisinier, 1 commis, 2 serveuses),

- 17 infirmières et 2 infirmiers,

- 8 aides-soignantes,

- 2 hommes à la maintenance et à l'entretien,

- 2 à la pharmacie (1 pharmacienne et 1 préparatrice).

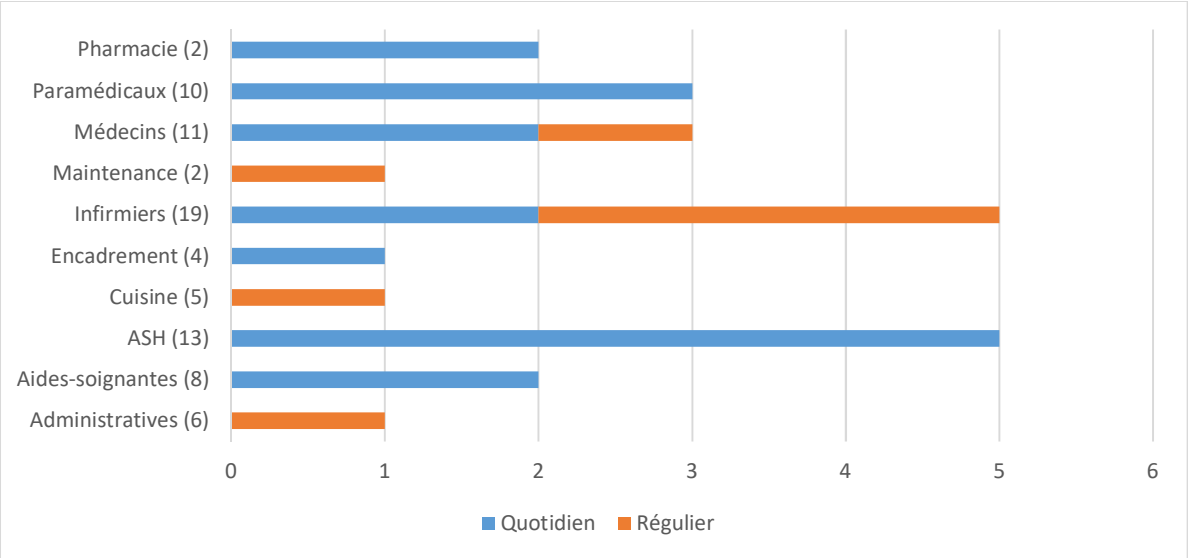
A partir de là, nous avons dénombré les fumeurs à la clinique, soit sur ce que nous pouvions observer de leur statut ce qui était assez facile pour les fumeurs, sur ce que nous savions du statut tabagique des salariés ou en posant directement la question aux intéressés lorsque nous ignorions leur statut.

Nous reviendrons ultérieurement sur ces résultats en les comparants à ceux de la population générale et à ceux de la population hospitalière d'après le baromètre établi en 2003.

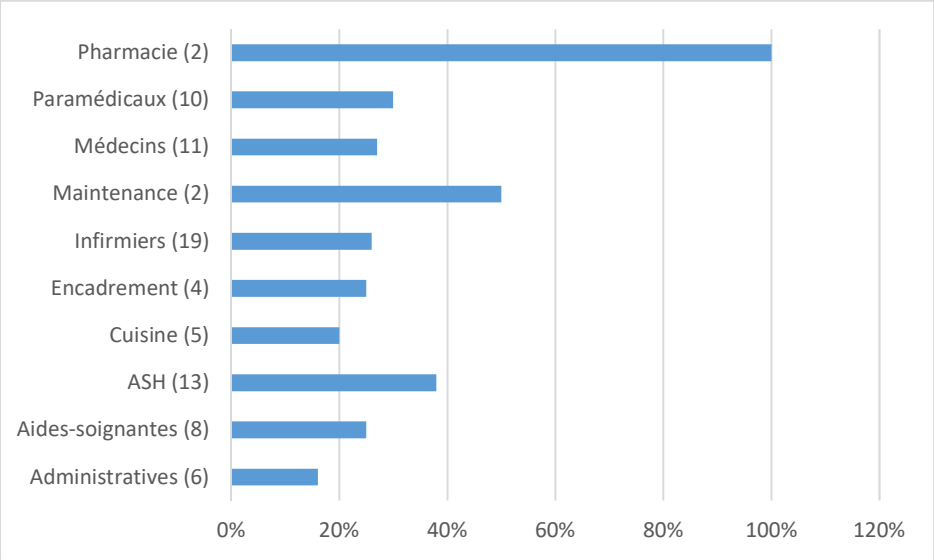
Les résultats bruts sont les suivants :

- ✓ 30% des salariés (24 sur 80) de la clinique d'Orgemont déclarent être des fumeurs. Cette population peut être divisée en deux catégories :
    - les fumeurs quotidiens : 21% (17 sur 80)
    - les fumeurs réguliers : 9% (7 sur 80)
- ✓ La prévalence du tabagisme est de 35% dans la population féminine (21 sur 60) et de 15% dans la population masculine (3 sur 20).
- ✓ La catégorie professionnelle (voir graphique ci-dessous) qui compte le plus de fumeurs parmi les catégories comptant au moins 10 personnes est le groupe des ASH (38%). Suivent les paramédicaux (30%), les médecins (27%) et les infirmières (26%).

Le nombre de fumeurs par service ou catégorie professionnelle figure dans le graphique suivant (entre parenthèses le nombre de personnes constituant le service ou la catégorie) :



Le taux de fumeurs par service ou catégorie professionnelle est représentée dans le graphique suivant :



Peut se poser la question suivante : pourquoi n'étudier que la population constituée des CDI ?

Bien que certains des vacataires soient fidélisés et parfaitement intégrés aux équipes, nous avons considéré que cette frange des salariés était moins concernée par l'enquête. Si il n'est pas prouvé qu'ils fument moins, nous avons pensé qu'ils étaient moins investis dans la vie institutionnelle de l'établissement et que leurs liens avec les autres salariés étaient moins solides si bien qu'on peut penser qu'ils sont pour certains d'entre eux moins susceptibles de prendre part aux conversations qui se tiennent pendant les pauses-cigarettes ou que de la crainte de la perte de leurs vacations, il s'autorisent moins de pauses cigarettes qu'un salarié en CDI bénéficiant donc d'une forme de sécurité de l'emploi.

Il nous semble par ailleurs (est-ce un biais d'observation ?) que parmi les fumeurs solitaires, les vacataires sont sur-représentés. La justification collective de la pause se pose donc avec moins d'acuité.

N'occultons pas par ailleurs l'aspect purement pratique de leur exclusion de l'enquête. Ces vacataires sont assez nombreux et leur présence parcellaire. D'autant plus durant la période estivale où s'est faite cette enquête. Il aurait donc été assez compliqué de tous les interroger pour connaître leur habitude tabagique puis de nouveau trouver un temps pour mener un entretien.

Enfin, puisque le nombre de fumeurs ne permettait pas la tenue d'une enquête quantitative, nous avons donc opté sur les conseils de notre directeur de mémoire pour une enquête qualitative, portant sur 8 fumeurs. Il a donc fallu choisir celles et ceux qui répondraient à notre questionnaire. Nous reviendrons ultérieurement sur la manière dont a été constitué notre panel.

I-4 : Orgemont versus baromètre hospitalier 2003

Le ministère de la Santé avait confié au Réseau Hôpital Sans Tabac la réalisation de l'enquête annuelle "Baromêtre tabac personnel hospitalier". La lutte contre le tabagisme, inscrite en priorité du Plan cancer lancé par les pouvoirs publics, revêt pour les professionnels de santé un caractère d'exemplarité qui renforce la crédibilité du discours préventif auprès du public.

A l'image de la population générale, l'année 2003 avait été marquée par une diminution importante de la prévalence du tabagisme du personnel hospitalier. Celle-ci s'était établie à 24% en 2003 tandis qu'elle était de 32,6% en 2001 et 31% en 2002.

Le pourcentage d'hospitaliers fumeurs reste inférieur à celui de la population générale (30% versus 24%). En tenant compte des fumeurs occasionnels, la clinque d'Orgemont se situe au niveau de la population générale soit 6 points de plus que la population des hospitaliers puisque la prévalence du tabagisme y est de 30% (24 sur 80, dont 7 se décrivant comme fumeurs occasionnels).

Ce pourcentage varie significativement selon la catégorie professionnelle, aussi bien dans le baromètre du personnel hospitalier que dans le personnel orgemontois :

- 21% de fumeurs chez les infirmiers hospitaliers contre 26% à Orgemont (5 sur 19 dont trois fumeuses occasionnelles)

- 27,9% de fumeurs chez les aides-soignants hospitaliers contre 25% (2 sur 8) à Orgemont.

- 15,9% de fumeurs pour le personnel médical hospitalier contre 27% pour leurs confrères argenteuillais (3 sur 11 dont une fumeuse occasionnelle). Il faut noter que le statut tabagique d'un des médecins de la clinique a évolué entre le premier sondage et le moment où nous écrivons ces lignes puisque le dit-praticien fêtait ce jour son premier mois de sevrage. Pour l'anecdote, nous lui avons symboliquement remis à cette occasion le badge de l'opération « moi(s) sans tabac » que celui-ci a fièrement épinglé à sa blouse pendant une semaine !

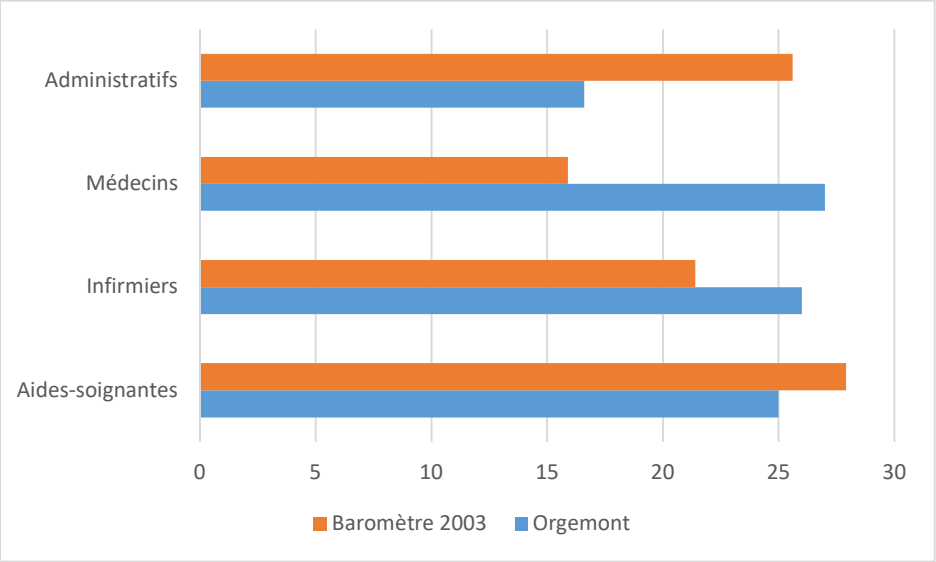
- 24 % de fumeurs dans le personnel administratif hospitalier contre 16% pour le personnel administratif de la clinique d'Orgemont (1 sur 6, 1 fumeuse occasionnelle).

Le baromètre du ministère de la santé ne fournit pas de données pour les agents hospitaliers. Il est à noter que c'est cette catégorie professionnelle dont la prévalence est la plus élevée à la clinique d'Orgemont avec 38% (5 sur 14) semblant confirmer la théorie selon laquelle les catégories socio-professionnelles les moins élevées fument plus.

Il en résulte que pour deux catégories professionnelles psychiatres et médecins d'une part, infirmier(e)s d'autre part, la consommation de tabac est plus importante à Orgemont que pour leurs confrères et consœurs hospitaliers.

Par contre le personnel administratif et aide-soignant orgemontois fume moins que leurs collègues hospitaliers.

Ces données sont reprises dans le tableau suivant.



Les médecins de la clinique confirment l'hypothèse évoquée par ailleurs : on fume plus en psychiatrie. Le taux de fumeurs chez les médecins d'Orgemont (médecins de garde en CDI compris) s'élève ainsi à un peu moins du double de celui des médecins hospitaliers (27% contre 15,9%). L'échantillon est moins significatif mais ce taux s'établit même à 40% (2 sur 5) si l'on ne tient compte que des psychiatres de la clinique !

Reste une catégorie professionnelle qui n'est pas explorée dans l'étude ministérielle, celle que l'on regroupe à Orgemont sous le terme générique de paramédicaux (psychologues, arthérapeutes, ergothérapeute, psychomotricienne, éducateur sportif, diététicienne, assistante sociale). Dans cette catégorie professionnelle très féminine (8 sur 10), la prévalence du tabac est de 30% (2 des 3 fumeurs étant des femmes dont une a stoppé sa consommation durant sa grossesse).

21 des 24 usagers orgemontois de l'herbe de Monsieur Nicot sont des femmes. Alors, certes, les femmes sont sur-représentées dans notre échantillon (75% de femmes dans le personnel de la clinique) mais la prévalence du tabagisme à Orgemont dans la population féminine reste supérieure à celle de leurs collègues masculins : 35% contre 15%. On constate ainsi que la prévalence du tabac dans la population féminine d'Orgemont est supérieure à celle observée dans l'ensemble de la population française féminine d'après les données délivrées par le baromètre de santé publié par l'INPES en 2014 : 35% contre 30%. Par contre, les Orgemontois semblent moins fumer que l'ensemble de la gent masculine française : 15% contre 38%. Ainsi, si les femmes représentent 75% des CDI, elles représentent 87,5% des tabagiques.

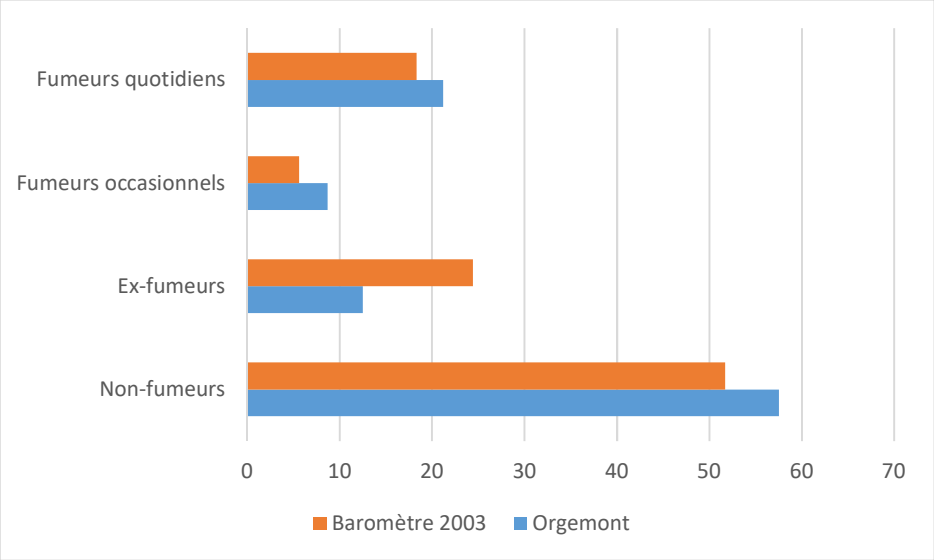
A Orgemont, 7 des 24 fumeurs (6 femmes et 1 homme) se décrivent comme des consommateurs mondain(e)s ou occasionnel(le)s, c'est à dire ne fumant pas tous les jours et en tout cas pas sur leur lieu de travail. Si bien que le taux de consommateurs quotidiens est inférieur à la moyenne nationale : 22,5 %

contre 28% dans l'ensemble de la population française. Cependant, le taux de fumeuses au quotidien est légèrement supérieur à la moyenne nationale : 25% contre 24%, toujours d'après les données 2014 de l'INPES.

En comparaison avec le baromètre 2003 des hospitaliers, le statut tabagique du personnel de la clinique semble pouvoir se présenter sous la forme du tableau suivant. On utilise à dessein le verbe « sembler », car l'auteur de ses lignes, identifié comme un ancien fumeur invétéré connu pour retirer les filtres de ses blondes quand il consommait et non moins repéré comme le futur tabacologue a quelques doutes sur la sincérité de certaines déclarations qui lui ont été faites.

Ainsi cette jeune infirmière embauchée au printemps qui se présentait alors comme une abstinente heureuse, puis qui confessait lors de notre enquête « fumer en soirée, mais pas au travail » puis que l'on a vu s'en griller une petite avec ses collègues…

Il semblerait que notre double casquette d'ancien fumeur et de futur tabacologue fasse qu'on nous cache son tabagisme, qu'on représente une sorte de surmoi du fumeur, de statue du Commandeur sur laquelle on projette sa culpabilité et à qui on cache son tabagisme comme on le cachait à ses parents.



I-5 : Les soignants en psychiatrie et le tabac

Une étude menée au CHU de la Conception à Marseille[3] en 2010 a évalué l'évolution des attitudes et des comportements tabagiques des infirmiers hospitaliers dans les trois ans ayant suivi la mise en application de la loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif en France.

[3] Evolution des attitudes et des comportements tabagiques des infirmiers hospitaliers dans les trois ans ayant suivi la mise en application de la loi sur l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif en France : Fathallah et al, 2010.

Cette étude a mis en exergue certains points intéressants pour notre travail :

- Pour les fumeurs dont la consommation tabagique est restée inchangée ou a augmenté après la loi de 2006, c'est le stress (43,8%) et la convivialité (35,4%) qui légitiment le tabagisme pendant les heures de travail. Le manque de nicotine n'est donc pas évoqué.

- Un autre élément mis en valeur par cette étude semble corroborer notre hypothèse : 48,1% des fumeurs ont déclaré que la présence de fumeurs dans leur service augmentait leur consommation tabagique.

- En conclusion de l'étude, les auteurs soulignent sans apporter de données chiffrées "une prévalence de fumeurs plus importante dans les services de psychiatrie".

METHODOLOGIE

II-1 : Généralités

Pour mener cette enquête, nous avons utilisé la technique de l'entretien semi-directif.

Huit entretiens ont ainsi été menés auprès d'un panel que nous avons voulu le plus représentatif possible de la population des fumeurs de la clinique d'Orgemont.

Fréquemment utilisée dans les recherches en sciences humaines et sociales, cette technique qualitative permet en partie d'orienter le discours du panel autour de thématiques définies à l'avance par le chercheur.

Le but de ces entretiens était d'éclairer notre question de recherche en amenant les sujets interrogés à explorer leurs habitudes de fume à la clinique. Dans quelles circonstances particulières vont-ils fumer ? Où ? Y 'a-t-il des éléments déclencheurs ? Consomment-ils seuls ? SI, oui avec qui ?

Au fur et à mesure de la réalisation de nos entretiens, nous avons vu émerger deux notions :

- ✓ Une circonstance déclenchante prédominante de la consommation : le stress
- ✓ La constitution de duos de fumeurs.

L'exploration de ces deux thématiques a donc enrichi les derniers entretiens.

Bien que qualitative, notre recherche a également, dans une moindre mesure, une dimension quantitative. Ces éléments d'ordre quantitatif étaient collectés en début d'entretien.

Avec l'accord des répondants, les entretiens ont été enregistrés et ont été retranscrits dans leur intégralité.

II-2 : Notre panel d'un point de vue quantitatif

Conformément aux conseils donnés par notre directeur de mémoire, nous avons donc mené huit entretiens auprès de fumeurs de la clinique.

Sept de ses huit entretiens ont été menés auprès de femmes ce qui correspond à l'exacte proportion des fumeurs dans notre établissement puisque 21 des 24 fumeurs de la clinique sont des fumeuses.

D'un point de vue des catégories professionnelles, notre panel était constitué de deux ASH, des deux salariées de la pharmacie, de deux paramédicaux, d'une infirmière et d'un membre de l'encadrement.

Nous aurions aimé que les ASH soient plus représentées dans notre échantillon, eu égard à la quantité de fumeuses dans cette catégorie professionnelle (5 sur 13 et 5 des 17 fumeurs quotidiens de la clinique). Pour des raisons variées (congés annuels, arrêt maladie), nous n'avons pu en interroger que deux durant le laps de temps consacré au recueil des entretiens. Elles représentent donc 25% de notre

panel alors que 38% d'entre elles fument et qu'elles fournissent 5 des 17 membres du contingent des fumeurs quotidiens, soit 30% de la population déclarant fumer à la clinique.

On trouve deux para-médicaux dans notre étude car 30% d'entre eux fument et qu'ils représentent 17% des fumeurs quotidiens de la population orgemontoise.

Une seule infirmière a répondu à nos questions car seules deux de nos consœurs ont déclaré fumer quotidiennement, la deuxième présentant la particularité d'appartenir à l'équipe de nuit au sein de laquelle elle est la seule fumeuse.

Nous avons également choisi d'inclure dans notre étude la pharmacienne et la préparatrice en pharmacie, car elles ne sont que toutes les deux dans leur service et fument toutes les deux. Nous y reviendrons ultérieurement mais c'est après les avoir interrogées qu'a émergé la thématique des duos de fumeurs que nous explorâmes alors dans les entretiens suivants.

Enfin de part les liens tabagiques et professionnels nous ayant unis ou nous unissant, le membre de l'encadrement que nous avons interrogé ne pouvait échapper à notre questionnaire. Pour la petite histoire, nous avons longtemps fait volutes communes, puis nos chemins tabagiques se sont séparés… Et puis comme il le fallait pour que notre échantillon fût représentatif.

Notre panel a 43 ans de moyenne d'âge (de 25 à 58 ans).

Il présente en moyenne un tabagisme ancien de 24 ans (de 10 à 40 ans) et a donc en moyenne débuté sa consommation à 19 ans (de 15 à 24 ans).

Notre panel a en moyenne 10 ans d'ancienneté à la clinique d'Orgemont, six personnes ayant au moins 12 ans de présence et quatre ayant participé avec l'auteur de ces lignes à l'ouverture de l'établissement. L'enquêteur a peut-être inconsciemment opté pour les collègues avec lesquels il a une plus longue histoire commune et donc traversé des épreuves et donc créé des liens de meilleure qualité.

Six des huit répondants ont déjà arrêté de fumer. Pour trois femmes, ces sevrages ont eu lieu pendant leurs grossesses. Deux de ces trois femmes ont effectué une autre tentative de sevrage en dehors de leurs grossesses. Les trois autres femmes du panel ayant eu un ou des enfants n'ont pas arrêté de fumer pendant leur grossesse.

Quatre des huit répondants ont déclaré que leur consommation avait décru depuis leur prise de poste à Orgemont, trois qu'elle avait augmenté et un qu'elle était restée stable.

Enfin, seul un quart de notre panel envisage actuellement d'arrêter de fumer.

II-3 : Notre panel d'un point de vue quantitatif

Au cours de notre enquête, nous avons interrogé dans l'ordre dans lequel elles sont citées les personnes suivantes.

A la manière du film « Reservoir Dogs », où chaque malfrat se voyait accorder une couleur en guise

d'identité pour garantir l'anonymat de chaque participant au casse, nous avons accordé une couleur à chaque personne interviewée ce qui permettra au lecteur de se faire une idée du profil de chaque intervenant ce qui n'aurait pas été possible si l'on s'était contenté d'un verbatim anonymisé.

- ✓ Rose a 40 ans, fume depuis 12 ans, a fait trois tentatives de sevrage y compris pendant ses grossesses. Sa consommation a diminué depuis son arrivée à Orgemont. Rose songe actuellement à un arrêt.

  Sa punchline : « C'est un rituel qu'on a toutes les deux. »

- ✓ Jaune a 54 ans, fume depuis 36 ans, a mené un sevrage lors de chacune de ses grossesses. Sa consommation a augmenté depuis qu'elle travaille à Orgemont. Elle ne songe pas actuellement à arrêter de fumer.

  Sa punchline : « Depuis quelque temps, je me suis mise à fumer sur le lieu de travail. »

- ✓ Blanc a 44 ans, fume depuis 24 ans, a fait trois tentatives de sevrage y compris pendant ses grossesses. Sa consommation n'a pas été impactée depuis qu'elle travaille à Orgemont.

  Sa punchline : « Rarement, on descend fumer en faisant la tronche, c'est un moment convivial. »

- ✓ Bleu a 25 ans, fume depuis 10 ans, a déjà arrêté de fumer et n'envisage pas actuellement de le faire. Sa consommation a diminué depuis son arrivée à Orgemont.

  Sa punchline : « Ça a contribué au développement de notre relation, le fait qu'on ait fumé des cigarettes ensemble. » (NDLR : il s'agit d'une relation professionnelle).

- ✓ Mauve a 38 ans, fume depuis 20 ans, n'a jamais arrêté de fumer y compris pendant sa grossesse et n'envisage pas de le faire actuellement. Sa consommation a diminué depuis qu'elle travaille à Orgemont.

  Sa punchline : « Ici, je peux pas me passer d'aller la fumer à 7h30. »

- ✓ Rouge a 58 ans, fume depuis 40 ans, a eu de courtes périodes de sevrage (mais pas pendant ses grossesses) et songe actuellement à arrêter de fumer. Sa consommation a diminué depuis qu'elle travaille à Orgemont.

  Sa punchline : « C'est pour le goût ».

- ✓ Vert a 51 ans, fume depuis 36 ans, n'a jamais arrêté de fumer y compris pendant ses grossesses et n'envisage pas de le faire pour le moment. Sa consommation a augmenté depuis qu'elle travaille à Orgemont.

  Sa punchline : « Il faut que ce soit encore plus cher pour ralentir. »

- ✓ Marron a 36 ans, fume depuis 13 ans, a connu plusieurs courtes périodes de sevrage et n'envisageant pas actuellement de s'arrêter de fumer. Sa consommation a augmenté depuis sa

prise de poste à Orgemont.

Sa punchline : « J'ai commencé à fumer à 24 ans. Ça correspond au fait d'avoir commencé ma vie professionnelle. »

Pour illustrer, le mini-portrait de chaque répondant, nous avons mis en exergue une phrase, sa punchline, issue de l'interview.

RESULTATS ET ANALYSE

Au cours des entretiens, il nous a semblé que la consommation de tabac sur le lieu de travail était renforcée par deux causes principales :

- ✓ La constitution de duos de fumeurs au sein même du groupe fumeurs dans son ensemble
- ✓ Le stress au travail ou ce qui était perçu comme tel

III-1 : Les duos de fumeurs

A mesure que nous menions nos entretiens et en corrélant les propos échangés à nos observations du groupe fumeur, a émergé l'idée qu'au sein de cette population pouvait se constituer au gré des affinités personnelles, professionnelles ou selon la proximité des bureaux des sous-groupes constitués de deux unités, des duos donc au sein desquels la consommation, c'est l'hypothèse que nous faisons, se renforçait ou du moins ne poussait pas à la modération.

Cette question n'a pu être approfondie que lors des trois derniers entretiens.

Cependant l'analyse du contenu des premiers entretiens permet néanmoins de retrouver cette thématique.

III-1-1 : Rose et Rouge

Lorsque l'on demande à Rose s'il y a « des circonstances particulières dans lesquelles [elle] va fumer ? », elle répond à la première personne du pluriel « Pendant *notre* pause » suggérant clairement une consommation collective. En réponse à la question suivante, elle enfonce le clou : « Voilà, 10 heures, c'est *notre* pause avec *notre* café, *notre* thé. C'est l'heure de la pause ». Sachant que Rose travaille en binôme avec Rouge, on savait de quoi il retournait et on a mis les pieds dans le plat : « C'est un rituel que tu as avec Rouge ? ». Et rose de répondre par l'affirmative « Oui qu'on a toutes les deux ».

L'importance de fumer à deux semble établie.

Plus loin dans notre dialogue, Rose semble battre en brèche notre hypothèse lorsqu'on lui demande « si ce serait un moment dont [elle aurait du mal à] se passer ? » puisqu'elle répond que « non, [elle] a réussi pendant un moment à s'arrêter et *on* faisait la pause et [Rouge] fumait devant moi. »

Alors, si on a eu cet entretien avec Rose, c'est que ce sevrage n'a pas tenu. Nous n'irons pas jusqu' à prétendre que c'est le manque de ses moments partagés avec Rouge qui est la cause de la rechute.

Mais qu'en pense rouge, sa partenaire de fume ?

Là aussi, nous avons attaqué bille en tête : « Donc tu fumes avec Rose ? ».

Rouge est moins exclusive : « Oui, mais sans Rose aussi. Si elle est occupée… Et puis des fois, elle me dit « vous n'étiez pas là, alors j'ai été faire ma pause et j'ai fumé ma clope. »

Le dialogue se poursuit de la façon suivante :

« - SD : Alors, vous ne fumez pas toujours ensemble mais l'hypothèse qui semble naître avec les gens que j'ai rencontrés c'est qu'il y a comme des binômes…

- Rouge : Oui, mais nous c'est un binôme de travail. Parce qu'il y a des binômes d'étage différent. Nous, on est ensemble.

- SD : Tu vois par exemple, il y a toi et Rose, Blanc et Jaune, j'ai noté Bleu et Dominique, Marron et Tina, donc est-ce que tu penses que ça peut jouer le fait de fumer à deux ?

- Rouge : Pour les autres peut-être. Moi, c'est marquer une pause, c'est plus convivial. Y a un côté peut être plus dans le relationnel avec les autres. C'est pas juste pour fumer sa clope. Ça fait plus pause pour parler du boulot ou d'autre chose

(…)

- SD : J'y reviens à mon histoire de duos, mais si Rose elle arrêtait de fumer…

- Rouge : Bah, j'irai fumer toute seule.

- SD : Et un challenge, genre on arrête toutes les deux ?

- Rouge : Si on le décidait vraiment, bon allez, on va le faire à deux, peut-être que ça motiverait… »

On n'avait pas posé cette dernière question provocatrice par hasard car Rose avait déjà abordé son envie d'arrêter lors de son entretien.

Il semblerait que Rose et Rouge, ce soit comme un couple marié pour le meilleur (on arrête ensemble) et pour le pire (on fume toutes les deux).

Cependant, il faut bien noter que pour Rouge, en bonne « hard-smokeuse » qu'elle est, le duo, sans qu'elle y soit indifférente, lui importe moins qu'à Rose. Il est intéressant de constater que Rose et Rouge, qui sont les seuls membres du panel à songer au sevrage, se rejoignent également sur la méthode : l'hypnose. Ceci constitue un autre argument illustrant le mimétisme ou le renforcement réciproque des comportements qui peuvent être de mise au sein des duos.

III-1-2 : Jaune et Blanc

Avec Jaune, le dialogue sur la question est le suivant :

« - SD : Est-ce que ça t'arrive de dire : « Tiens je vais appeler un ou une collègue pour aller fumer ? »

- Jaune : Si j'ai ma collègue (NDLR : Blanc en l'occurrence), je vais lui dire « Tu as le temps, on va en fumer une ? ». Si elle me dit oui, on y va. Si des fois, elle me dit non qu'elle a pas le temps ou dans 5-10 minutes, j'attends.

- SD : Est-ce que ça t'arrive d'avoir fumé et quelqu'un t'appelle pour une pause et tu vas en refumer une

dans la foulée ?

- Jaune : Ça peut arriver. Mais c'est pas systématique. »

Dans ce court extrait de l'entretien, deux aspects. D'une part, Jaune semble avoir l'habitude de solliciter son binôme Blanc pour aller fumer accréditant notre thèse de la constitution de duos de fumeurs. D'autre part, sous la pression du groupe, Jaune fume des cigarettes que l'on qualifiera d'inutiles puisque fumées dans la foulée d'une autre, donc à un moment où les récepteurs cérébraux sont encore saturés par la nicotine apportée par la précédente cigarette. Cela tendrait à prouver que la présence de collègues engendre la consommation de cigarettes qui n'auraient pas été fumées autrement : la pause cigarette des autres fait re(fumer) Jaune dont on rappellera au passage la punchline mise en exergue dans la présentation qu'on en a faite : « Depuis quelques temps, je me suis mise à fumer sur le lieu de travail ».

Qu'en dit son partenaire Blanc ?

- SD : « Alors peux-tu me décrire le process quand tu vas fumer si il y en a un ? Tu vas toquer dans le bureau d'en face ?

- Blanc : Si elle est là. Regarde, y a des jours, elle est pas là et je vais fumer quand même. Bah oui, si d'autres collègues sont là, on y va ensemble. Même après manger, on est ensemble. Même les non-fumeurs viennent.

- SD : D'accord.

- Blanc : On descend. On va fumer. Et on remonte.

- SD : Est-ce que ça t'arrive : tu viens d'en fumer une et y a une collègue qui te : « viens on va fumer », est-ce que tu en refumes une derrière ?

- Blanc : Ça dépend. De moins en moins, je fais attention à ça.

- SD (Sourire) : …

- Blanc : Non, mais c'est vrai. Avant j'en fumais une avant de venir et quand j'arrivais Jaune me disait on va fumer et j'en refumais une. Plus maintenant. »

D'emblée, on note l'occurrence du mot « ensemble » en début d'entretien ce qui semble signer l'importance du collectif pour Blanc.

Par ailleurs, Blanc nous dit ne plus enchaîner les cigarettes : une habitude qui se perd est une habitude qui a existé.

III-1-3 : Marron multiplie les partenaires

- SD : « J'ai l'impression qu'émerge des duos de fumeurs ?

- Marron : Alors au début beaucoup. J'avais mon partenaire.

- SD : Oui ?

- Marron : Au début quand j'avais commencé à la clinique, je me souviens que j'avais mon partenaire Géraldine qui avait remplacé Magali en ergo. Alors, je fumais avec Géraldine. Puis après je fumais avec Anne aussi pas mal. Y avait Thérèse aussi l'ergo, tu te rappelles ? (…) Au début, c'était beaucoup ça. Après, y a Tina qui est arrivée : j'ai toujours eu ma partenaire. Maintenant, je n'ai plus de partenaire (NDLR : Tina est en congés maternité…). Tina, elle est pas là. Géraldine, elle est partie, Anne, elle a arrêté à un moment donné. Donc, je fume seule.

- SD : Donc tu as connu la période duo et la période solo.

- Marron : Oui. Et je pense que quand j'ai augmenté au début, il y avait le contexte professionnel mais il y avait aussi la présence d'une partenaire qui sont devenues des amies, des relations à l'extérieur.

(…)

- SD : Est-ce que ça majore ta consommation ce duo ?

- Marron : Au début, ça l'a induit je pense et oui je pense que ça la majore. Je dis « Tiens, Tina, on va fumer une clope ».

- SD : Vous vous engrainez ?

- Marron : Ouais.

- SD : Est-ce qu'il y a des clopes, si Tina ou tes partenaires n'avaient pas été là, tu ne les aurais pas fumées ?

- Marron : Oui. Mais j'aurai gardé ma consommation de base telle que je te l'ai expliqué. Mais le fait d'avoir un partenaire, la consommation de base, elle augmente : j'en fume plus.

- SD : Est-ce que ça t'es arrivé de fumer une cigarette et puis ta partenaire passe, et alors que physiologiquement tu n'as plus de besoins car tu viens d'en fumer une et bien tu en refumes une pour accompagner ton partenaire ? Ou alors est-ce que tu restes avec elle et tu ne refumes pas ?

- Marron : Généralement, c'est moi qui vais induire le fait de fumer une deuxième clope et qui vais amener ma partenaire à rester avec moi ou à fumer avec moi. C'est moi qui vais avoir envie de prolonger le moment passé avec elle en refumant une 2^{e} clope. (…) Je pense que je suis dans ce mouvement pulsionnel à refumer. C'est moi qui induit. »

Comment interpréter les propos de Marron dont la punchline était : « J'ai commencé à fumer à 24 ans. Ça correspond au fait d'avoir commencé ma vie professionnelle. » ? On y voit l'importance du duo puisque ses relations professionnelles sont devenues des amies. Et on y retrouve le mauvais côté de la vie à deux où on s'engraine à fumer et où on peut enchaîner deux cigarettes ce qui d'un point de vue physiologique n'a aucun intérêt.

III-1-4 : Vert de rage

Vert appartient à la catégorie professionnelle qui fume le plus : les ASH. Elle aussi à son binôme attitré que nous n'avons pas pu interroger pour cause d'arrêt maladie.

Ci-dessous quelques extraits de notre dialogue.

- SD : « Ta consommation de tabac a-t-elle évolué depuis que tu travailles à la clinique ?

- Vert : Beaucoup.

- SD : Vers le haut ou vers le bas ?

- Vert : Vers le haut.

- SD : Aussi bien à la clinique qu'à l'extérieur ?

- Vert : A l'extérieur moins, plus à la clinique.

(…)

- SD : Comment tu expliques ça ?

- Vert : C'est dès qu'il y a une pause. La cigarette inutile qui sert à rien. On a un petit moment et clac une cigarette.

- SD : Tu dis on ?

- Vert : Ouais, avec des collègues, quand y a Clémentine. On s'entraine à fumer en fin de compte : elle dit « viens, je vais fumer » alors que tu viens de fumer.

- SD : Et tu fumes une deuxième cigarette ?

- Vert : Et je fume une deuxième cigarette, c'est pour ça que je te dis que c'est de plus en plus.

- SD : Est-ce que c'est pareil pour toi : tu vas la chercher quand tu vas fumer ?

- Vert : Ouais, ça arrive. Ou à l'époque quand y avait Ambre. Elle descendait fumer, alors je redescendais fumer alors que je venais de fumer et j'en fumais une deuxième.

(…)

- SD : Qu'est-ce que tu penses de cette idée de duos de fumeurs ?

- Vert : Oui, on s'entraîne à fumer : « allez, viens », c'est pas bien ça.

- SD : Et si tu pensais à arrêter de fumer, est-ce-que tu te dirais « Merde, je pourrais plus fumer avec Clémentine » ?

- Vert : Non. Même pas ça. Ce serait pour ma santé. Parce que j'ai des maux de gorge. Ça m'arrive souvent d'avoir mal à la gorge.

(…)

- SD : Si tu fumes avec des collègues, quel est le contenu de vos conversations ? Professionnelles ou personnelles ?

- Vert : Les deux. On parle des deux.

- SD : Est-ce que ça rend ces moments encore plus importants ?

- Vert : C'est mieux avec la cigarette. On a l'impression qu'on est utile, qu'on s'occupe. Non, mais je dis pour arrêter de fumer, faut être outillé psychologiquement très très bien. C'est pas comme si tu arrêtes et tu tombes en dépression. Parce que je te dis des fois, la cigarette, je la considère comme mon amie.

(…)

- SD : Si tu fumes avec des collègues, qu'est-ce-que cela t'apporte ?

- Vert : Déjà, c'est mieux avec les collègues que toute seule. J'apprécie mieux la cigarette quand je suis avec mes collègues. Que quand je suis toute seule, je me dépêche de finir.

- SD : Alors que si tu es avec des collègues…

- Vert : Tu fumes, tu l'apprécies. Je suis même capable d'en refumer une autre après. Surtout si tu as une conversation importante. »

III-1-4 : Bleu et mauve : deux singularités

Et puis comme toujours, il existe des contre-exemples, que par honnêteté, nous ne pouvons pas ne pas évoquer.

D'une part, il y a un couple qui n'a pas résisté au désir de sevrage de l'un de ses singletons. C'est de Bleu dont il s'agit : « Parce que je fume de plus en plus tout seul, mais avant pour le coup, surtout lorsque Dominique fumait, c'était plus quelque chose de social. En fait, tant que Dominique fumait, je fumais plus. Et souvent en fait, c'étaient des cigarettes dont je n'avais pas forcément envie. C'était plus l'occasion de descendre, de passer 5 minutes, de parler d'un patient ou de quoi que ce soit. » Et de conclure notre échange sur ce thème de la manière suivante : « Et récemment on se croise dans le couloir et Dominique me dit « On se voit plus ». Eloquent, non ? Si ce contre-exemple montre qu'il y a moyen de s'extirper de la vie de couple, il n'en souligne pas moins ce que nous avons déjà évoqué et tentons de démontrer. Que dans nos couples de fumeur, chacun tire l'autre vers le bas.

D'autre part, il y a Mauve. Il y avait dans notre questionnaire plusieurs hameçons qui devaient amener le poisson à aborder la question d'une consommation collective. Et bien Mauve n'a jamais mordu. On a pourtant essayé de relancer, de ferrer plus ou moins finement, rien n'y a fait. Jusqu'à ce que notre poisson ne rompe notre ligne : « Mais moi, c'est pas un moment que j'ai envie de partager au contraire

même ». Pan, sur le bec aurait dit un hebdo satirique : renvoyé à ses études, le pêcheur.

III-2 : La question du stress au travail

Finalement, cela aurait pu être une question de recherche très pertinente : le stress au travail ou ce qui est perçu comme tel comme justification par les tabagiques de leur consommation en groupe (ou non) de tabac pendant leur temps de travail.

Quatre des huit répondants ont évoqué cette thématique.

Blanc l'évoque après qu'on lui a dit que d'autres interviewés ont évoqué cette question « Oui, un coup de stress, ou un coup de pression ou quelque chose comme ça. On va descendre fumer une cigarette. »

On notera l'emploi du pronom « on » qui signifie que notre interlocutrice parle à la troisième personne du singulier ou qu'ils sont plusieurs à descendre fumer. Tiens, tiens…

Jaune aborde la question du stress lorsqu'on évoque avec elle le fait que certains salariés déclarent ne pas fumer tous les jours et en tout cas pas à la clinique. Elle émet alors l'hypothèse que « c'est peut-être parce qu'ils sont moins stressés. »

Dans une question assez orientée nous lui demandons tel un candide : « Tu veux dire que le but de la cigarette, c'est de faire diminuer le stress ? ».

Sa réponse fuse : « Un peu le trop plein de la journée. Ouais. C'est pas systématique parce qu'on va avoir des jours plus légers… enfin plus calmes et puis d'autres pour plus de raison on va plus se faire une pause cigarette stress. »

Rose, quant à elle, pense que « le stress engendré par le travail provoque une plus grande consommation de cigarettes ».

Si Mauve n'a attrapé aucun de nos hameçons sur la question des duos, elle en a pris un petit sur la question du stress au travail quand nous lui avons appris « qu'une étude menée dans un hôpital montrait que parmi les soignants ce sont ceux travaillant en réa et en psy qui fument le plus ». Selon elle, « c'est directement en lien avec le travail, le stress. »

Et puis, il a fallu un mouton noir. Bleu en l'occurrence qui « n'a jamais établi de corrélation entre le niveau de stress et [sa] consommation de cigarettes. »

SYNTHESE

Les personnes que nous avons pu interroger ont des caractéristiques tabaco-socio-démographiques variables : âge, sexe, profession, ancienneté dans l'établissement, statut et habitudes tabagiques…

Dans cette partie, nous nous proposons de poursuivre le rendu de certains points de nos entretiens afin d'approfondir la caractérisation de notre panel.

La première cigarette du matin

Nous cherchions par cette question à savoir si la première cigarette était consommée à la clinique et si, oui avec ou sans collègue. Si Blanc a longtemps eu l'habitude de fumer sa première avec Jaune en arrivant, elle a changé cette habitude.

Notre panel se clive donc en deux catégories : ceux qui fument au domicile ou pendant le trajet avant d'arriver au travail et ceux qui ne fument la première qu'une fois arrivés au travail.

Pour Jaune c'est « le matin avant de commencer vers 8h ».

Pour Mauve, « quand [elle] travaille, c'est après les transmissions à 7h30 ».

Marron avoue que « c'est très ritualisé quand [elle] arrive, à 9h, avec [son] café ».

Pour d'autres, cela ne peut pas attendre. La première cigarette est consommée au domicile avant le départ pour le travail ou pendant le trajet.

Rouge entame sa journée de fumeuse « juste après le petit-déjeuner » tandis que pour Vert « il en faut deux le matin. Obligatoirement. En venant à la clinique ».

Entre les deux options, il y a Blanc qui « fume la première pendant le trajet ou en arrivant à la clinique, c'est selon. »

La réponse de Rose est peu informative. On sait juste qu'elle fume « tout le temps : le matin mais plus le soir ».

Enfin, il y a Bleu qui fume « rarement » le matin.

Dans quelles circonstances particulières vont fumer les membres de notre panel ?

Pour le bien de notre hypothèse, nous attendions des réponses qui évoquent des cigarettes « provoquées » par le travail et si possible consommées à deux ou plus. Nous avons été servis.

La question ayant été posée dans ces termes, une ligne de clivage découpe notre panel en deux grandes

catégories.

Il y a ceux qui évoquent la pause et ceux qui renvoient à la thématique du stress.

Dans la première catégorie, il y a Rose qui répond « A la pause. A 10h, c'est notre pause avec notre café, notre thé ».

Pas de discorde au sein du binôme, puisque Rouge confirme : « A la pause. On se dit qu'on va faire une pause ».

Bleu est au diapason puisqu'il fume « après le déjeuner » ce qui renvoie à la thématique de la pause.

Entre les deux options, il y a Jaune qui a la réponse suivante : « Pour faire une pause, pour décompresser un peu et puis se poser un temps pour passer à autre chose que le stress du travail. »

Blanc évoque « un coup de stress ou un coup de pression, ou chose comme ça ».

Vert confesse qu'elle fume « quand [elle] est stressée beaucoup. Alors là ça y va. Le stress ça [la] fait encore plus fumer ou l'énervement ou une mauvaise nouvelle ».

Marron raconte que « ça [lui] est arrivée dans des moments de bouleversement émotionnel, de grand stress d'avoir le besoin de m'extraire et d'aller fumer une clope ».

Mauve, comme on l'a vu, fume le plus souvent en solo et elle fume « pour éviter d'avoir le manque, surtout au travail ». Si on la pousse un peu, elle veut bien admettre qu'elle consomme « s'il y a un événement particulier, stressant qui arrive ».

De quelle cigarette auraient-ils le plus de mal à se défaire ?

Dans le meilleur des mondes, il eût été apprécié que tous nos répondants ne pussent se passer de celles qu'ils consomment à la clinique avec leurs collègues. Leur réalité est un peu plus nuancée.

La moitié de notre panel ne pourrait se passer de celle du matin.

Dans un premier temps Mauve n'en désigne aucune : « Y en a pas spécialement ». Après réflexion, elle ajoute : « Celle du matin parce que finalement, c'est la première. (…) Ici, je peux pas me passer d'aller la fumer à 7h30 parce que je sais pas comment va évoluer la matinée. »

Rouge culpabilise : « Ce que j'arrive pas, c'est la première après le petit-déj. Déjà, si je supprimais celle-là, je serais sur un bon départ pour la journée et je le fais pas ».

Vert n'hésite pas et répond sans ambages : « celle du matin, elle est vitale celle-là ».

Pour faire la médiane, il y a Marron qui ne pourrait se défaire de « celles du matin et du midi ».

La post-prandiale est également la préférée de Blanc et de Bleu.

A l'opposé, Rose ne pourrait se défaire de celle du soir.

Que recherchent-ils quand ils fument à la clinique ?

Deux occurrences se dégagent : faire une pause et calmer une dépendance.

Pour Jaune, il s'agit de « faire une coupure un petit peu dans la journée ».

Bleu utilise le même terme de « coupure » et ajoute que « c'est un moment de pause en fait qui matérialise le fait que je suis vraiment pas en train de travailler ».

Rose utilise le terme de « moment de détente ».

Marron le vit comme « un moment où [elle] peut se retrouver. Il y a des moments où c'est hyper lourd. [Elle a] besoin de sortir, de [s]'extraire. Et sortir sans clope, c'est pas envisageable ».

Nos fumeurs savent aussi reconnaitre qu'il ne s'agit pas que de prendre une pause quand ils vont fumer. Il s'agit aussi de calmer une dépendance.

D'ailleurs Rose avait fait le lapsus à l'énoncé de la question : « C'est une dépend… c'est une détente ». Alors, on avait fait la moue : « Ouais ? ». Puis après un silence, Rose d'admettre : « Puis, c'est une dépendance ».

Blanc convient que « basiquement, ça calme un besoin, une dépendance. »

Mauve le formule autrement puisqu'elle cherche « à couvrir une éventuelle envie de fumer qui ne pourrai être satisfaite plus tard à cause de l'activité du service. »

Bien que se considérant comme un petit fumeur, Bleu concède « qu'il y a aussi le fait de satisfaire un besoin de nicotine même s' il est pas très fort. »

Ce dernier amène également le thème du lien social que crée le fait de partager ce moment à deux ou à plusieurs. On a déjà évoqué sa rupture tabagique avec Dominique. Il se souvient de ce temps où « c'était plus quelque chose de social. En fait quand Dominique fumait, je fumais plus. Et souvent en fait des cigarettes dont je n'avais pas forcément envie. »

Les craintes liées à l'arrêt ?

La crainte la plus répandue dans notre cohorte est le manque, quel qu'il soit. Le mot « manque » est cité à quatre reprises.

Par Jaune qui parle du « manque de la cigarette » et non de la nicotine…

Si on l'aide un peu, Blanc cite aussi le mot.

La question posée, Bleu marque un silence puis lâche « L'ennui » », marque à nouveau un silence puis dit : « Quelque chose de l'ordre d'un manque. Mais pas un manque physiologique. Je pense que ce serait plus un manque comportemental. »

Rouge, quant à elle se reformule la question puis y répond : « Craindre ? C'est le manque ».

Pour appréhender cette question, il faut également avoir en tête que sept de nos huit interlocuteurs étaient des femmes. Trois d'entre elles évoquent cette problématique. Faisant l'hypothèse que notre code couleur ne trompe personne, cette question restera non pas indolore mais incolore.

Les conséquences sur l'humeur sont également citées trois fois. Chacune avec leurs mots. Blanc parle de « la nervosité » qu'elle a déjà expérimenté lors de ses tentatives de sevrage.

Mauve, qui n'a jamais mené de sevrage, pense qu'« [elle] serai[t] nerveuse, irritable ».

Marron « sai[t] qu'[elle] serait hyper-agressive ».

Enfin, on citera Rose qui craindrait « d'être avec des fumeurs »

Qu'est-ce-qui pourrait les aider à arrêter de fumer ?

Le terme « d'envie » est utilisé à cinq reprises.

Sur ces cinq utilisations, trois disent justement qu'ils n'ont pas envie.

Bleu : « En fait, j'ai pas envie » et d'argumenter : « Peut-être que je me trompe mais j'estime que ma consommation est tellement moindre que les effets sur la santé sont pas dramatiques et j'ai pas la motivation financière parce que je fume des roulées et que je fume pas beaucoup. »

Mauve est dans l'évidence : « Déjà, faudrait que j'ai envie ».

Et Marron de conclure notre échange sur le sujet : « J'ai pas encore envie ».

Parmi, les deux occurrences moins négatives du terme, il y a Jaune qui pense qu'« il faut être prêt soi-même. Il faut en avoir le besoin, le désir ». Il faudrait « trouver quelque chose qui puisse remplacer le tabac, ce manque qu'il va y avoir ».

Et Blanc, consciente des choses, ne « va pas nous dire qu'[elle] a envie de continuer avec toutes les conséquences que ça a avec l'âge qui passe. Les ennuis vont arriver d'ici quelques années. Oui, donc je préférerai arrêter avant. Mais au jour d'aujourd'hui, j'en suis incapable ».

Deux des femmes ajoutent qu'avoir la certitude de ne pas prendre de poids les aiderait à franchir le pas.

Parmi les réponses, l'hypnose est citée deux fois (par les membres d'un duo…), l'acupuncture une fois.

DISCUSSION

Forcément notre méthodologie et notre manière de mener les entretiens n'ont pas été parfaites. Il s'agit donc dans cette partie du travail d'explorer ces biais.

La méthodologie de l'entretien implique la mise en relation de l'enquêteur avec des interlocuteurs qui sont tous des collègues. Ses relations inter-personnelles sont pour certaines d'entre elles assez anciennes. Elles avaient un historique, dans certain cas ancien de 14 ans. Même s' ils ont répondu sincèrement aux questions les répondants ont, il nous semble, entre autre participé à cette enquête pour rendre service à un collègue avec lequel pour 6 d'entre eux ils travaillent depuis plus de 10 ans. On aura la naïveté de penser qu'il y avait même une sympathie réciproque entre les interlocuteurs. Dans le choix des enquêtés, il y avait certes la volonté d'avoir un panel représentatif de la population des fumeurs de la clinique d'Orgemont, mais notre inconscient a peut-être un peu guidé nos choix des interlocuteurs. Il n'y a par exemple pas de représentant du corps médical parmi les personnes avec lesquelles nous avons mené un entretien. Parmi les 4 médecins qui fumaient le jour du sondage : l'un avec qui nous avons de très bonnes relations professionnelles voir amicales est actuellement en sevrage, une autre avec laquelle nous nous entendons aussi très bien est une fumeuse mondaine ne fumant pas à la clinique, le troisième est un médecin de garde dont les horaires sont peu compatibles avec les nôtres. Et le quatrième médecin ? Nous avons fait le choix de nous épargner cette épreuve car nos relations cordiales sont fraîches.

On a déjà évoqué ce sujet mais certaines données recueillies lors de notre sondage visant à dénombrer les fumeurs de la clinique nous semblent pour certains cas sujets à caution. On a tenu compte de la réponse donnée même bien qu'il nous semblât que la vérité fût autre. En tant qu'ancien fumeur invétéré et peut-être futur tabacologue, on a eu l'impression de représenter une sorte de Statue du Commandeur ou de surmoi scrutateur auquel on cacherait sa consommation ou duquel on éviterait de croiser le chemin quand on a la clope au bec. On a déjà entendu Blanc dire que nous lui renvoyions une certaine culpabilité… Un peu comme certain patient sont dans le déni de leur alcoolo-dépendance, certains de nos collègues se refusent ou n'ont pas la capacité d'évoquer leur dépendance devant « l'autorité » que nous représentons sur le sujet. Ainsi, cette jeune infirmière qui a son arrivée nous déclarait être ancienne fumeuse, puis une fumeuse mondaine lors de notre sondage puis que l'on a vu fumer avec ces consœurs…

En outre, devant notre manque d'expérience à mener ce genre d'entretien et la maladresse de certaines questions posées, c'est-à-dire les questions lourdement orientées, Enfin, il nous a semblé que certains interlocuteurs, parce qu'ils voulaient nous faire plaisir ou parce qu'ils n'assumaient pas devant l'ancien fumeur et tabacologue putatif que nous sommes, tenaient un discours plaqué, un discours politiquement correct. En d'autres termes que pour certaines questions, qu'ils nous livraient ce qu'ils pensaient être le bon discours ou ce qui nous ferait plaisir d'entendre.

De plus ayant eu à faire à nos collègues, nous avons eu pour règle, de ne pas franchir la ligne de leur intimité ou de leur vie privée, y compris pour celles et ceux, dont nous sommes plus proches, et pour lesquels nous avions des informations à ce sujet. Pourtant, il aurait pu être intéressant dans certains cas

d’avoir quelques « billes » de plus, notamment sur le statut tabagique du conjoint, sur les antécédents tabagiques familiaux.

Par ailleurs, nous aurions pu approfondir les investigations sur les duos de fumeurs, si nous avions perçu cette dimension plus tôt. Cela n’a pu être fait que pour les trois derniers entretiens et, comme nous tenions quelque chose à explorer, pas forcément dans la finesse, c’est-à-dire, en insistant parfois bien lourdement.

Dans cet ordre d’idées, l’intervieweur, dont ce n’est pas le métier, a pu faire preuve de maladresse dans sa manière de conduire les entretiens. Malgré les bonnes pratiques recommandées, toutes les questions n’ont pas franchement été ouvertes. On pourra soupçonner l’auteur de ces lignes d’avoir, malgré lui, orienté les conversations.

Enfin, en analysant les entretiens, on s’est dit qu’un sujet faisant le lien entre stress au travail et consommation de tabac sur le lieu d’exercice aurait pu faire l’objet de notre mémoire.

CONCLUSION

Ancien fumeur invétéré, nous avions pu bénéficier pour mener à bien notre sevrage des conseils d'un confrère infirmier ayant obtenu ce D.I.U de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique.

Nous sommes donc particulièrement sensibles à la question du tabagisme chez les soignants et en particulier chez nos collègues que pour la plupart nous apprécions. Si l'on milite pour un mouvement politique, c'est pour améliorer la vie de nos concitoyens et rendre le monde meilleur, sur des critères subjectifs et par des actions que ce travail n'a pas pour finalité d'aborder. Le constat qui va suivre est d'une naïveté confondante mais il nous semble que le monde serait meilleur sans tabac.

On n'est pas un farouche défenseur de la pseudo-exemplarité que sont censées incarner les blouses blanches. Ça se saurait si les soignants ne fumaient pas, ne buvaient pas d'alcool ou ne consommaient pas de psychotropes prescrits ou achetés en bas d'une tour. Mais pour reprendre une célèbre formule, j'ai fait un rêve, le rêve d'une clinique sans tabac où mes collègues seraient délivrés de cette addiction qui mènera la moitié d'entre eux dans la tombe.

Certains d'entre eux m'ont particulièrement touché lorsqu'ils évoquaient leur conscience que l'âge aidant, ils voyaient les problèmes arriver. Alors, on aimerait leur rendre ce que ce collègue avait fait pour nous.

C'est ainsi qu'on a été amené à se demander quel impact pouvait avoir la pause-cigarettes entre collègues sur un projet d'arrêt du tabac.

Il est ainsi apparu qu'au sein du groupe fumeurs se constituait des duos où chacun pouvait majorer la consommation de son binôme. On a aussi pu se rendre compte que le stress engendré par le travail était selon la plupart des salariés interrogés un facteur de consommation.

Dans ces conditions, comment mener à bien un sevrage complet quand fumer au travail semble si nécessaire, soit pour partager des moments agréables avec des collègues ou pour avoir l'impression que cela fait diminuer le stress lié à l'activité professionnelle ?

Le fumeur qui tente de se sevrer puis échoue est une sorte de Sisyphe qui monte sa pierre de deux niveaux avant de redescendre de trois. Jusqu'au jour où il arrivera au sommet de la montagne. Grâce aux connaissances acquises dans ce D.U, nous espérons pouvoir mener nos futurs patients vers le zénith.

BIBLIOGRAPHIE

AUBIN H.J., DUPONT P., LAGRUE G., *Comment arrêter de fumer ?*, Paris, Odile Jacob, 2003.

BOULARD D., *Arrêtez de nous enfumer !,* Paris, Editions du Moment, 2015.

MILLER W.R., ROLLNICK S., *L'entretien motivationnel*, Paris, InterEditions, 2013.

MOLIMARD R., *Petit manuel de défume,* Paris, Sides Edition, 2006.

REYNAUD M., KARILA L., AUBIN H.J., BENYAMINA A. (sous la direction de), *Traité d'Addictologie*, Paris, Lavoisier, 2016.