



Effet d'un support audiovisuel Allen Carr sur le comportement tabagique en milieu universitaire

Effect of an Allen Carr audiovisual medium on smoking behaviour in a university setting

Dr. GUIRAA HATEM Wahiba*
Université A/Mira-Bejaia (Algérie)
guiraahatemwahiba@gmail.com

GOUGAM Neil
Université A/Mira-Bejaia (Algérie)
eneil@yandex.com

DJERMOUNE Mabrouk
Université A/Mira-Bejaia (Algérie)
djermoune@gmail.com

Résumé:

Cette recherche s'intéresse à l'effet d'un support audiovisuel « Allan Carr » sur le comportement tabagique des étudiants qui le visionnent dans des conditions contrôlées, La collecte des données et leur analyse ont permis de mettre en évidence une plus grande cessation du comportement tabagique chez les sujets exposés au film thérapeutique que chez les sujets n'ayant pas subi cette condition.

Abstract :

This research investigates the effect of an audiovisual medium "Allan Carr" on the smoking behaviour of students who view it under controlled conditions. Data collection and analysis revealed a greater cessation of smoking behaviour in subjects exposed to the therapeutic film than in subjects not exposed to this condition.

informations sur l'article

Reçu 25 Mai 2021
Acceptation 26 Juin 2021

Mots clés:

- ✓ Comportement tabagique
- ✓ Support "Allan Carr"
- ✓ Cessation tabagique

Article info

Received 25 May 2021
Accepted 26 June 2021

Keywords:

- ✓ Smoking behaviour
- ✓ Support "Allan Carr"
- ✓ Smoking Cessation

* Auteur correspondant.

. Introduction

Les substances psychoactives ont de tout temps fait partie de la réalité humaine. L'usage de ces substances et la dépendance qui en découle ont des conséquences significatives sur l'individu et la société à l'échelle mondiale et de manière multidimensionnelle.

Le rapport sur la santé dans le monde établi par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2002, montre que cette année-là « 8,9 % de la charge totale de morbidité était due à l'usage de substances psychoactives » (Rodgers et al., 2002). Il existe un large éventail de substances psychoactives connues à ce jour, certaines plus illicites que d'autres, et qui produisent différents effets en fonction du principe actif qu'elles renferment. Une classification détaillée a été établie en fonction de l'action de ces dernières sur l'activité mentale (Deniker, 1966).

Parmi ces substances psychoactives, certaines sont plus répandues dans le paysage social que d'autres. C'est en l'occurrence le cas de l'alcool et du tabac qui, durant l'année 2000, représentaient respectivement « 4 % et 4,1 % de la charge de morbidité » sur le total recueilli cette année-là, contre 0,8 % dans le cas des drogues illicites (Rodgers et al., 2002).

Le tabac fait donc partie des substances psychoactives dont l'usage est le plus répandu - plus d'un milliard de fumeurs dans le monde (WHO, 2008) - et dont l'histoire est une des plus ancienne. On le retrouve ainsi dans la Grèce antique (Lemaire, 1997), mais aussi chez les tribus amérindiennes des centaines d'années

avant qu'il ne se propage dans le monde entier.

Le problème qui se pose dès lors est celui des moyens de traiter cette épidémie. Quelles sont les solutions à notre disposition et comment les mettre en place de manière efficace ?

2. Problématique et hypothèses

L'addiction au tabac peut être considérée comme une épidémie historique mondiale. En effet après la découverte du tabac par les Européens lors d'une expédition transatlantique, l'usage du tabac se propage de manière très rapide dans toute l'Europe pour atteindre la Turquie actuelle moins d'un siècle après sa découverte. À titre d'exemple la consommation de tabac en France passe de 9000 tonnes en 1815 à 24000 tonnes en 1847 pour atteindre 48000 tonnes en 1914. L'usage de cette substance connaît une ascension fulgurante dont les catalyseurs seront notamment l'industrialisation de sa production après l'apparition de la machine à rouler les cigarettes en 1881 qui permettra de produire 120000 cigarettes par jour, mais aussi le revenu que constitue la production de tabac pour les états qui appliquent une taxe sur chaque cigarette vendue (Kirsch, 2010).

En 1868, une des premières associations contre l'abus du tabac s'organise en France et demande à être reconnue d'utilité publique en 1881. La première campagne anti-tabac de l'ère contemporaine aura lieu en Allemagne sous le Troisième Reich et débutera dès les années 1930. Il faudra ensuite attendre 1950 pour que les

premières études épidémiologiques prouvent la toxicité du tabac, ce qui aura pour conséquence le développement du filtre à cigarettes. Il faudra attendre ensuite 1964 pour qu'un rapport des services de santé publique Américains sur la nocivité du tabac soit publié (US Public Health Service, 1964). S'ensuivra une série de lois et de campagnes de lutte contre le tabagisme à travers le monde jusqu'à l'adoption de la convention-cadre de lutte contre le tabac de l'OMS par 192 pays en 2003. D'après l'OMS, le tabagisme tue près de 6 millions de personnes chaque année, plus de 5 millions d'entre elles sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs et plus de 600.000 des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée. Plus de 80 % du milliard de fumeurs dans le monde vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui fait de cette épidémie l'une des plus graves menaces qui n'ait jamais pesé sur la santé publique mondiale (WHO, 2008).

Le tabagisme est aussi un fardeau pour l'économie mondiale, en effet il absorbe 6 % des dépenses de santé dans le monde. Le coût économique total du tabagisme s'élève à 1436 milliards de dollars soit 2 % du PIB mondial (Goodchild, Nargis & d'Espaignet, 2017). Dans le même temps, il cause des décès prématurés qui privent les familles de revenus tout en augmentant les dépenses de santé publique. L'impact économique négatif du tabagisme est beaucoup plus prononcé dans les pays émergents ou en développement, en effet 40 % des dépenses totales mondiales de santé liées au tabagisme sont assumées par les pays émergents.

L'Algérie, en tant que pays en voie de développement, ne fait pas l'exception. Il est estimé, selon le professeur Chérif Hamdi du Centre hospitalo-universitaire de Sétif, que pour chaque dinar récupéré par le trésor sous forme de taxes sur le tabac, l'état débourse au moins 20 dinars pour traiter les pathologies liées à la consommation du tabac, le tabac étant responsable de 90 % des cancers du poumon et le traitement d'une personne atteinte de ce cancer ne coûte pas moins de 3,5 millions de dinars.

Il existe différentes approches dans la lutte contre le tabagisme, elles englobent la dimension politique, économique, sociale, la communication et la thérapeutique. De manière générale les programmes visant le tabagisme sont axés sur la prévention. On distingue quatre types de prévention : la prévention primordiale, la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire. La prévention primordiale consiste en l'inhibition des facteurs qui favorisent l'apparition d'une maladie. Elle s'attaque au déterminant de la santé plutôt que d'éviter l'exposition de la population au facteur de risque (Descarpentries, 2007). La prévention primaire, consiste à éviter l'apparition de pathologies par la réduction des risques spécifiques à celles-ci et de l'exposition des potentielles victimes à ces risques. La prévention secondaire s'occupe de la détection de pathologies en stade précoce afin d'enrayer le processus de développement de celle-ci. Il s'agit d'intervenir avant que les symptômes ne soient visibles car cela est plus économique et garantit de meilleurs résultats de traitement. La prévention tertiaire intervient lorsque la pathologie est déjà bien installée. Il s'agit alors de réduire son

impact sur la santé des sujets et d'éviter la récurrence de leurs troubles dans une logique de réparation. Elle accompagne souvent le traitement de la pathologie (Bergevin, & Brochu, 1991).

Un programme efficace de lutte contre le tabagisme devra donc inclure ces différents types de prévention et toutes les solutions que cela implique. L'exemple du programme MPOWER lancé par l'OMS est significatif à cet égard. Chaque lettre du nom de ce programme a un sens. Le M pour Monitoring, signifie surveillance de la population à travers les statistiques régulières concernant le tabagisme, La lettre P veut dire Protect, il s'agit donc là de protéger la population de la fumée et des risques liés au tabac. La lettre O veut dire Offer, c'est-à-dire offrir aux populations le soutien et l'aide nécessaires au sevrage tabagique. La lettre W signifie Warn, et veut dire sensibiliser et mettre en garde les populations contre les risques du tabagisme. La lettre E signifie Enforce, il s'agit là de faire respecter l'interdiction de publicité en faveur du tabac et toutes les lois relatives à ce dernier. La dernière lettre R signifie Raise, c'est-à-dire augmenter les taxes sur le tabac pour dissuader les consommateurs et financer les programmes de lutte. On constate donc que dans ce programme, les différentes dimensions que doit inclure la lutte contre le tabagisme sont considérées et les différents types de prévention précédemment cités sont bien représentés.

L'accompagnement et l'aide du fumeur jouent un rôle crucial dans la cessation du tabagisme. En effet, un fumeur aidé et accompagné aura plus de chance d'atteindre son objectif de sevrage qu'un

fumeur qui ne le sera pas, les taux de sevrage à 6-12 mois, toutes méthodes d'aide confondues, sont au minimum à 10 %, alors qu'ils atteignent à peine 3 % en l'absence d'aide (Mojica, Suttorp, Sherman, Morton, Roth, Maglione, ... & Shekelle, 2004).

Il existe différentes méthodes d'aide à la cessation tabagique. Certaines se focalisant davantage sur la pharmacodépendance induite par le tabagisme, d'autres sur les aspects inconscients de cette dépendance ou encore sur les schémas cognitifs et comportementaux qui la sous-tendent. Dans certaines thérapies, la dimension sociale et familiale sont aussi prises en compte. Parmi ces différentes méthodes, les thérapies de groupe prodiguées dans les centres Allen Carr (AC) sont beaucoup plus centrées sur l'aspect psychologique et mental de la dépendance tabagique.

Cette méthode décrite pour la première fois en 1983 dans un ouvrage intitulé « *La méthode simple pour en finir avec la cigarette* » fut un best-seller très populaire vendu depuis lors à 13 millions d'exemplaires dont un million en français. Il est estimé que, grâce à cette méthode, 50.000 personnes s'arrêtent de fumer chaque année.

Malgré cette popularité et cet engouement extra académique, aucune donnée scientifique n'était encore disponible concernant cette méthode avant la première étude menée en Autriche par Hutter, Moshammer et al. en 2003 et publiée en 2006. Cette étude, basée sur les déclarations de 357 sujets participant aux sessions locales Allen Carr, indique un taux

de succès après 12 mois de 50 % environ (Hutter, Moshammer & Neuberger, 2006).

Une seconde étude menée aux Pays-Bas sur différents lieux de travail arrive à la conclusion que tous les fumeurs ayant suivi les séances de thérapie de groupe Allen Carr (AC), avaient six fois plus de chance d'avoir abandonné le tabagisme après 13 mois (Willemsen & Wagena, 2003).

Plus récemment, en Mars 2017, ont été publiés les résultats d'une étude irlandaise menée par le Tobacco Free Research Institute et présentés lors du congrès international de Porto sur le tabagisme. L'étude de type expérimentale et comparative se proposait de comparer, dans un cadre aléatoire et contrôlé en double aveugle, les pourcentages de succès des thérapies (AC) d'une part et le protocole du programme national irlandais d'aide au sevrage tabagique QUIT.ie. d'autre part. Ces résultats viennent confirmer les résultats de l'étude autrichienne et établissent que plus de 50% des sujets impliqués sont non-fumeurs à 6 mois. Elle conclue aussi à une nette supériorité des thérapies (AC) sur le programme QUIT.ie qui n'a obtenu que 20% de succès (Keogan & al., 2019).

Si l'on prend en considération les données précédentes, on peut conclure à un intéressement grandissant du monde académique pour les thérapies (AC), ainsi qu'à une efficacité certaine que nous éclairerons davantage dans une comparaison des chiffres disponibles sur différentes méthodes, thérapies, aides et supports qui ont fait l'objet d'études scientifiques.

Mises à part l'importance du champ théorique qui sous-tend une méthode de

cessation, la dimension du tabagisme à laquelle elle prétend s'attaquer, ou encore les multiples techniques utilisées, il nous paraît important de nous attarder sur la question de l'approche adoptée dans la réponse à ce défi sans précédent. En effet, si l'on approche cette tâche d'un point de vue de santé publique, il faudrait donner autant d'importance à l'efficacité des méthodes de traitement et d'aide utilisées qu'au réel impact de celles-ci sur la population cible.

Ainsi, l'efficacité d'une thérapie ou d'un outil d'aide à l'arrêt du tabagisme étant confirmée, cela ne vaudra pas confirmation de l'impact de cette thérapie sur la population cible. L'illustration la plus frappante de cet état de fait peut se trouver dans la simple articulation des taux d'efficacité des Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) dans le traitement des dépressions qui atteignent les 50% (Driessen et Hollon, 2010). Et les données recueillies sur la population dépressive qui montrent que moins de 20% des personnes en dépression ont déjà eu affaire à un professionnel de la santé mentale pour trouver de l'aide, toutes approches thérapeutiques confondues (Roness, Mykletun & Dahl, 2005).

L'impact dépendra alors de la capacité à atteindre -être utilisée par- la population cible tel que : $IMPACT$ (échelle allant de 0 à 100) = Taux d'(utilisation ou atteinte) X taux d'efficacité X 100 (Glasgow, Vogt & Boles, 1999).

Le taux d'utilisation à son tour dépend de différents facteurs dont les principaux sont :

Le coût : il est coûteux de former les thérapeutes, de les superviser mais aussi de

mettre en pratique la thérapie et l'administrer.

Le temps : Une thérapie représente en moyenne douze séances d'environ 50min auxquelles il faut ajouter le temps passé dans les transports depuis/vers la clinique.

L'inégalité des chances selon la catégorie sociale : Les hommes, les minorités, les moins de 30 ans et plus de 60 ans auront plus difficilement accès à la thérapie.

Le lieu de résidence : Milieux ruraux, banlieues lointaines. Si le taux d'utilisation augmente alors que l'efficacité de la thérapie reste la même alors l'impact de celle-ci sera plus important.

Augmenter le taux d'utilisation d'une thérapie chez sa population cible revient à contourner les obstacles cités précédemment en adaptant les paramètres tels que la forme de la thérapie mais aussi son mode d'administration, c'est à dire ce que l'on appelle « le canal » en communication, sans pour autant toucher au fond de la thérapie, c'est à dire « le message ». Les canaux privilégiés dans l'augmentation du taux d'utilisation doivent donc rendre les traitements : peu coûteux (mobiliser moins de thérapeutes, coût de revient de la prise en charge plus faible, prix plus avantageux pour le client/patient)

- moins chronophages pour le patient (pouvant s'adapter à son emploi du temps, sa disponibilité, lui demandant moins de temps dans les transports, durée de thérapie plus courte)
- accessibles et disponibles facilement pour toutes les catégories sociales sans discrimination
- et enfin accessibles quel que soit le lieu de résidence du patient/client.

À la lecture de ces éléments, il apparaît que le téléphone, internet (ordinateurs), la télévision, les téléphones mobiles (applications) sont des canaux très appropriés pour augmenter la chance que les sujets ont de rencontrer une thérapie donnée. Les thérapies Allen Carr (AC) se pratiquent habituellement dans des cliniques en présentiel. La méthode a été cependant déclinée en diverses formes (livre, bande dessinée, jeux vidéo, DVD).

Notre étude portera en l'occurrence sur le film de 65 minutes résumant la thérapie Allen Carr (AC) et se veut être une réponse à l'absence d'études et de chiffres concernant l'effet de la méthode Allen Carr sous forme audiovisuelle.

L'efficacité démontrée de la méthode Allen Carr en thérapie de groupe, en présentiel, donne toute sa pertinence à une étude dans laquelle on se pose la question de l'effet d'un support audiovisuel produit sur la base de cette méthode sur le comportement tabagique des sujets qui le visionneront. Si l'efficacité du support audiovisuel est démontrée il sera plus facile d'atteindre un plus grand nombre de personnes concernées par l'addiction tabagique ce qui aura pour effet d'amplifier l'impact du traitement.

Hypothèses générales

Le support audiovisuel Allen Carr aura une efficacité thérapeutique mesurable sur le comportement tabagique des étudiants.

Hypothèses partielles

- le visionnage du film va initier un sevrage tabagique (tentative) chez les sujets qui y seront exposés.

- Le nombre de jours passés sans fumer sera significativement plus important chez les sujets du groupe expérimental après visionnage.
- Au moins 10% des sujets seront contrôlés négatif au post-test 10 jours après visionnage.
- Au moins 20% des sujets atteindront une semaine de sevrage.

3. Études antérieures sur l'efficacité des thérapies Allen Carr

-Hutter, Moshammer et al., 2003 (publiée en 2006) : Étude menée en Autriche, par téléphone, sur d'anciens participants aux séances Allen Carr en entreprise. Après 3ans, 46% au moins des participants ont déclaré avoir observé une abstinence totale.

- Dijkstra et al., 2014 : Étude quasi-expérimentale menée aux Pays-Bas sur le lieu de travail des sujets montrant que ceux ayant suivi les séances Allen Carr avaient 6 fois plus de chances de devenir non-fumeurs que ceux qui n'ont pas reçu le traitement. Prévalence ponctuelle, validation par CO.

- Keogan & al., 2019 : 300 participants ont été recrutés à travers une publicité. Les sujets potentiels ont été triés par le TFRI (Tobacco Free Research Institute) pour déterminer leur éligibilité à la participation à l'étude. Ceux correspondants aux critères ont été distribués aléatoirement entre les centres Allen Carr ou le programme national de lutte contre le tabac du gouvernement irlandais Quit.ie. Les participants ont été suivis à 1, 3, 6 et 12 mois après avoir assisté à soit une séance Allen Carr, soit Quit.ie. Le sevrage a été infirmé ou confirmé à l'aide d'un testeur de monoxyde de carbone. Sur 300

participants, 151 ont été affectés au groupe Allen Carr et 149 au groupe programme Quit.ie. Les taux d'abstinence se sont révélés significativement plus élevés pour le groupe affecté aux thérapies Allen Carr à 1 et 3mois ($P < .001$). Taux établis sur la base d'une prévalence ponctuelle et non continue. Les analyses suggèrent que la méthode Allen Carr (AC) est plus efficace que le programme Quit.ie.

4. Assise théorique de la méthode Allen Carr :

Les recherches antérieures sur cette méthode nous fournissent très peu d'informations sur l'assise théorique sur laquelle elle serait fondée. Elle est le plus souvent labellisée « comportementale » sans plus de détails. Arie Dijkstra et al. notent en 2014 que la méthode cherche beaucoup plus à réduire la motivation du sujet pour le tabagisme qu'à augmenter sa motivation à arrêter de fumer. À l'analyse du contenu des thérapies de groupe, on peut dégager les mécanismes suivants : l'argument principal pour inciter les sujets au sevrage est que fumer n'a aucun intérêt ou bénéfique, le fumeur ne fait que soulager partiellement les symptômes de sevrage dus à la dépendance physique à la nicotine. Si la dépendance physique disparaît, fumer n'a alors plus aucun intérêt quelconque. Cette idée principale est répétée plusieurs fois à travers différentes analogies. Les croyances des fumeurs sont restructurées et défiées à l'aide de ce point de vue. Le sujet voit alors le manque comme punition qui mène vers l'extinction du comportement tabagique au lieu de voir la cigarette comme renforçateur négatif agissant sur ce manque en le soulageant. La cigarette ne soulage que ce qu'elle provoque, c'est une

addiction en négatif. Exemple d'analogie : « Fumer, c'est comme mettre des chaussures trop petites, pour ressentir un soulagement lorsqu'on les enlève. » Le thérapeute évoque également les distorsions cognitives existantes telles que : -La minimisation : « Ne vous dites pas : Rien qu'une seule cigarette, ça ne me fera pas de mal. » Cette restructuration cognitive et ce travail sur les croyances du sujet accordant des bénéfices au tabac nous font penser que la thérapie est inspirée de la deuxième vague des Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC). Cela dit la thérapie aborde également le conflit existant chez le sujet fumeur entre désir de sevrage et désir de fumer et compte le résoudre en démontrant qu'il n'existe aucune réelle conséquence négative au fait d'abandonner un comportement inutile. Cela s'inspire probablement de la théorie du conflit (Théorie du choix biaisé) qui stipule qu'il y a maintien du statu quo si le sujet perçoit que dans les deux cas son choix aura des conséquences négatives. Cette théorie est issue d'un corpus théorique plus vaste considérant que le comportement est le résultat d'une évaluation des bénéfices et des pertes qui découleraient de telle ou telle décision.

La méthode Allan Carr (AC) s'inspire aussi de la théorie de l'apprentissage social car elle expose le sujet à des modèles à suivre : à travers les témoignages d'anciens fumeurs préconisant la méthode, les différentes célébrités sevrées grâce à la méthode, le thérapeute lui-même ancien fumeur, l'histoire d'Allen Carr et le non-fumeur qui est présenté au cours de la vidéo. On y retrouve également des références à des théories de l'addiction

mettant en cause les similarités existantes entre le manque physique de nicotine et la faim et la confusion que cela peut amener dans le processus de cessation (Kokavec, 2008 ; Yeomans, 2010). La 3ème vague des TCC y est également représentée ainsi que la logothérapie existentialiste à travers l'intention paradoxale et l'acceptation : accepter le manque, ne pas l'éviter, le rechercher, le souhaiter et le vivre comme expérience libératrice (indiquant la mort de l'addiction, « du petit monstre », de « la petite voix »). Il y a là une modification de la fonction de la pensée « je suis en manque » : au lieu de la supprimer, le patient l'utilise, ce qui est fréquent dans la thérapie d'acceptation et d'engagement, sans oublier le soi comme contexte (sujet contenant le petit monstre), et la défusion que cela implique (c'est le petit monstre désagréable qui a faim, qui est en manque et nous décidons de le nourrir ou de le laisser mourir) qui indique une prise de recul dans la perception des pensées et brise leur potentiel automatique et les émotions qui en découlent.

Il apparaît clairement que la méthode Allen Carr (AC) est une méthode thérapeutique intégrative qui accorde une grande importance à la production d'analogies multiples et variées qui consiste à exprimer une idée centrale ce qui pourrait indiquer un ancrage supplémentaire dans la théorie des cadres relationnels, comme c'est le cas de la thérapie d'acceptation et d'engagement. Cependant, il reste un dernier aspect à évoquer quant à l'assise théorique de cette méthode qui pourrait se résumer à l'expression d'une dimension psychosociale de cette dernière qui n'est

pas sans rappeler le modèle de Stanton Peele :

- L'alimentation de la controverse comme déterminant du changement social, le tabagisme étant un fait social (théorie de l'acteur-réseau en sociologie).
- Remise en question de la puissance de l'addiction physique au tabac et par là-même de la crédibilité de la vision « médicaliste », « pathologisante » (diseasing de S. Peele) et victimisante qui rend le sujet plus vulnérable, spectateur-consommateur et aboutit à la commercialisation de solutions biochimiques consommables à des problématiques psychosociales d'adaptation et de subjectivité de l'expérience vécue.

Exemple de l'avion :

- *La nicotine quitte le corps à hauteur de 75% après une heure et 97% après six heures.*
- *Même un grand fumeur arrive à supporter un vol long-courrier sans difficulté lorsqu'il pense qu'il va pouvoir fumer à la fin.*
- *C'est seulement lorsque l'atterrissage est retardé qu'il panique soudainement.*
- *La panique n'est que le résultat du conflit provenant du désir de fumer sans pouvoir le réaliser.*
- *Résultat : l'addiction est l'expérience subjective d'un désir non satisfait et non pas la conséquence du sevrage de la nicotine.*

- Remise en question du discours social concernant la difficulté du sevrage :

Le même fumeur pouvant supporter de longues périodes d'abstinence sans difficulté ni expression physique du manque, même après élimination quasi totale de la nicotine de son organisme (3h), peut faire l'expérience d'un puissant syndrome de sevrage qui se manifestera physiquement à la seconde où il éteint sa dernière cigarette quand il veut arrêter de fumer. La vitesse d'élimination de la nicotine reste pourtant la même.

- Critique de la prescription de substituts nicotiques pour faire face aux symptômes de sevrage découlant de la consommation d'un produit nicotinique (la cigarette). Cela perpétue l'idée que le sevrage est intolérable. Idée selon laquelle s'il est admis socialement, par tous, y compris les experts, qu'il est difficile d'arrêter alors arrêter devient plus difficile, d'où le titre du livre d'Allen Carr « Arrêter de fumer, c'est facile ».

5. Opérationnalisation des concepts

Pour tester l'efficacité thérapeutique du support audiovisuel sur le comportement tabagique des étudiants, celle-ci sera réduite - en tant que concept - à la variable « cessation du tabagisme ». Cette cessation dépendra du support audiovisuel Allen Carr représenté par l'événement « visionnage du film » dans les conditions expérimentales qui seront précisées plus loin. Dans cette configuration, la variable indépendante sera donc le visionnage du film par les sujets du groupe expérimental et la variable dépendante sera la cessation qu'il nous faudra apprécier à l'aide de ses indicateurs.

Quatre indicateurs de cette variable ont été identifiés et seront considérés lors de l'élaboration du cadre opératoire, il s'agira de mesurer :

- M1 : L'initiation de la cessation : pourcentage de sujets du groupe expérimental ayant constaté une extinction de leur comportement tabagique après visionnage.
- M2 : L'ampleur de la cessation : Le total du nombre de jours que les sujets du groupe expérimental ont passé sans fumer de cigarettes.
- M3 : La solidité de la cessation : Le maintien de l'extinction du comportement tabagique 10 jours après visionnage du film.
- M4 : La qualité de la cessation : pourcentage de sujets du groupe expérimental ayant un profil de type C (arrêt de la consommation pendant au moins 7 jours après visionnage).

6. Méthode et outils

La présente recherche démarre du constat de l'absence de données probantes sur l'efficacité des vidéos d'aide à la cessation du tabagisme en général, et celles produites par Allen Carr en particulier. La découverte de l'approche de santé publique nous a permis d'appréhender cette lacune comme étant le résultat de l'adoption quasi-systématique d'une approche clinique traditionnellement centrée sur l'individu lors de l'évaluation de l'offre thérapeutique dans le domaine des addictions. La recherche se fait dans le cadre d'une étude de faisabilité, qui a pour objectif de déterminer s'il serait intéressant de mener des études plus poussées sur l'impact des

supports audiovisuels d'aide à la cessation tabagique sur les étudiants fumeurs en milieu universitaire. Il s'agit alors d'évaluer l'efficacité clinique avant toute chose et c'est pour cela que cette recherche a été conçue, mais aussi et surtout, démontrer en quoi l'impact serait plus important sur la population de fumeurs si la solution audiovisuelle est efficace. Pour ce faire, l'opérationnalisation des concepts nous a permis d'identifier les modalités à tester empiriquement pour mesurer les indicateurs de notre variable indépendante « Cessation tabagique ».

La recherche s'est déroulée au campus Aboudaou de l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia. La population-cible au sein de laquelle notre échantillon a été prélevé est celle des étudiants fumeurs de sexe masculin poursuivant un cursus à l'Université de Bejaia et plus précisément dans une des cinq facultés du campus Aboudaou.

Les sujets faisant partie de l'échantillon ont été sélectionnés à l'aide d'un questionnaire de recrutement dont environ 1200 exemplaires ont été distribués au sein du campus en version papier mais aussi en version électronique sur les réseaux sociaux associés à l'université et qui nous a permis de confirmer que les sujets répondaient effectivement aux critères de sélection préétablis, à savoir que le sujet :

- Doit être motivé à participer à la recherche.
- Doit être de sexe masculin.
- Doit être étudiant.
- Doit avoir donné son numéro de téléphone pour permettre de le recontacter.
- Doit être capable de consacrer deux heures de son temps à l'étude sur une durée de 2 mois.
- Doit être âgé de 18ans et plus.
- Doit être fumeur.
- Doit avoir un niveau

de compréhension de la langue française assez satisfaisant. • Ne présente aucune pathologie cardiaque, respiratoire et mentale. À l'issue de cette étape de recrutement, environ 150 étudiants correspondaient aux critères de sélection.

À la suite du dépouillement des questionnaires de recrutement remplis par les étudiants et après avoir effectué un tri en accord avec les critères de sélection cités précédemment, les étudiants retenus ont été contactés par téléphone pour confirmer leur participation à la recherche. Un numéro de sujet leur a été alors attribué et un entretien préalable a eu lieu pour nous permettre de confirmer deux critères essentiels d'inclusion des sujets dans la recherche : • L'obtention de leur consentement éclairé pour la participation après présentation de la recherche et de son déroulement.

• Sujet contrôlé Positif, c'est à dire fumeur (résultat du test de monoxyde de carbone supérieur ou égal à 6 PPM (Partie Par Million)).

La méthode quasi-expérimentale a été retenue pour cette recherche avec un prétest et un post-test, un groupe expérimental (GE) et un groupe contrôle (GC). L'échantillon final comportait 20 sujets (N=20), dix d'entre eux ont été affectés à la condition expérimentale, c'est à dire qu'ils ont visionné le film, et les dix autres représentent le groupe contrôle qui n'a subi aucune condition particulière. L'affectation des sujets de l'échantillon n'a pas été fait de manière aléatoire, elle a été effectuée en fonction du libre arbitre des participants et leur désir ou non d'être exposés au visionnage et ce sans savoir ce que contient le film. Tous les sujets faisant partie du groupe de recherche ont participé

au prétest et au post-test quel que soit le groupe auquel ils ont été affectés. Nous avons procédé ensuite à la comparaison des résultats obtenus au sein des deux groupes pour rendre compte de l'incidence de la présence ou l'absence de la variable indépendante sur la variable dépendante.

Les techniques de collecte de données et d'observation qui ont été utilisées dans la présente recherche sont :

- Le questionnaire de recrutement : le questionnaire utilisé nous a permis d'atteindre la population ciblée.

- L'entretien : deux entretiens courts ont été réalisés, le premier permettant de présenter l'étude à chaque sujet et d'obtenir son consentement en vue d'une participation à la recherche, mais aussi de confirmer sa condition de fumeur (pré-test). Le deuxième, au cours duquel a eu lieu le post-test et qui nous a permis de recueillir les déclarations des sujets quant à l'évolution de leur comportement tabagique.

- Testeur CO (smoklyzer) Bedfont : Cet appareil sert à mesurer le taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré des sujets. Il indique la consommation de tabac à fumer dans les 24 heures qui précèdent le test si la valeur affichée sur l'écran est égale ou supérieure à 6 PPM, selon l'échelle fournie par le concepteur de ce dispositif.

L'expérience se résume au visionnage du film de 65 minutes par le sujet dans des conditions contrôlées. Nous avons procédé à la mise en place d'un poste de visionnage dédié à l'expérience dans un bureau du bloc des enseignants au sein de l'Université A/Mira (Campus Aboudaou) de Bejaia. Le poste de visionnage comprenait : un

bureau, une chaise, un ordinateur contenant la vidéo à visionner avec un écran sur lequel la vidéo a été projetée, une paire d'écouteurs, quatre paquets de cigarettes, un briquet et un cendrier. L'expérience, c'est-à-dire le visionnage, avait lieu dans ce bureau, le sujet étant seul dans la pièce, de manière à ne pas être dérangé. Les horaires des séances de visionnage dépendaient des disponibilités des sujets. Ces séances étaient chronométrées pour s'assurer de retrouver le sujet après la fin du film et ne pas le déranger pendant le visionnage. Les consignes données au sujet étaient simplement de se détendre et de regarder la vidéo sachant qu'ils étaient autorisés à

fumer autant qu'ils le voulaient durant la séance de visionnage. Les séances de visionnage ont pu commencer après simulation du déroulement d'une séance, vérification du son, de l'image, et en s'assurant que ces conditions soient restées identiques à chaque séance.

7. Résultats et discussion

Après avoir rencontré les sujets du groupe expérimental et contrôle pour le pré-test, les sujets du groupe expérimental pour l'expérience et enfin les sujets du groupe expérimental et contrôle pour le post-test avec entretien, voici les résultats recueillis :

Table N°1. Résultats du Groupe expérimental

Sujet	Pré test	Post test	Remarques
1/S15	19ppm	17ppm	Aucune tentative d'arrêt
2/S12	17ppm	14ppm	arrêt de 8 jours
3/S13	10ppm	6ppm	arrêt de 3 jours
4/S30	6ppm	7ppm	arrêt de 7 jours
5/S34	9ppm	6ppm	arrêt de 3 jours
6/S19	7ppm	7ppm	Aucune tentative d'arrêt
7/S36	9ppm	9ppm	arrêt de 2 jours
8/S21	26ppm	24ppm	Aucune tentative d'arrêt
9/S29	7ppm	5ppm	arrêt de 9 jours
10/S46	11ppm	14ppm	Aucune tentative d'arrêt

Table N°2. Résultats du Groupe témoin

Sujet	Pré test	Post test	Remarques
1/S26	21ppm	18ppm	Aucune tentative d'arrêt
2/S44	8ppm	10ppm	Aucune tentative d'arrêt
3/S48	18ppm	8ppm	Aucune tentative d'arrêt
4/S48bis	20ppm	20ppm	Aucune tentative d'arrêt
5/S23	31ppm	28ppm	Aucune tentative d'arrêt
6/S49	37ppm	45ppm	Aucune tentative d'arrêt
7/S50	22ppm	22ppm	Aucune tentative d'arrêt
8/S43	14ppm	11ppm	Aucune tentative d'arrêt
9/S47	8ppm	6ppm	Aucune tentative d'arrêt
10/S40	7ppm	9ppm	Aucune tentative d'arrêt

- Les valeurs de monoxyde de carbone présent dans l'air expiré sont exprimées en ppm : partie par million.
- Le nombre de jours de cessation est basé sur les déclarations des sujets lors du second entretien à l'occasion du post-test.

- Chaque sujet est désigné par S et un nombre.

L'analyse des données de cette recherche est quantitative et s'organise principalement à travers les fréquences d'apparition de chaque modalité au sein des deux groupes de recherche. L'unité de mesure est le nombre de jours d'extinction du comportement tabagique

Table N°3. Analyse quantitative des résultats des GE et GT

Groupe experimental	Groupe contrôle
<p>1^{ère} modalité <i>Initiation de la cessation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ % de cessation après le visionnage de la vidéo = 60%. <p>2^{ème} modalité <i>Ampleur de cessation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre total de jours d'arrêt/ nombre de jours total (32%) <p>3^{ème} modalité <i>Solidité de la cessation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maintien après le test 2 (post test) = ppm < 6 pour le test 2 = (10%). <p>4^{ème} modalité <i>Profils de qualité de la cessation</i></p> <p>3 profils:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A : nombre de jours cessation = 0 jours = (40%) ✓ B : nombre de jours cessation < 7 jours = (30%) ✓ C : nombre de jours cessation ≥ 7 jours = (30%) 	<p>1^{ère} modalité <i>initiation de la cessation:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ % de cessation après le visionnage de la vidéo = 0%. <p>2^{ème} modalité <i>Ampleur de cessation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre total de jours d'arrêt/ nombre de jours total (0%) <p>3^{ème} modalité <i>Solidité de la cessation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maintien après le test 2 (post test) = ppm < 6 pour le test 2 = (0%). <p>4^{ème} modalité <i>Profils de qualité de la cessation</i></p> <p>3 profils:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A : nombre de jours cessation = 0 jours = (100%) ✓ B : nombre de jours cessation < 7 jours = (0%) ✓ C : nombre de jours cessation ≥ 7 jours = (0%)

En premier lieu, la fréquence d'initiation de l'extinction du comportement tabagique a été analysée chez les sujets du groupe expérimental, il en ressort que 6 sujets sur 10 ont observé un arrêt de leur consommation de tabac d'au moins deux jours et que 4 sujets sur 10 ont continué à fumer sans aucun arrêt significatif, alors que pour le groupe contrôle, le comportement tabagique s'est maintenu chez la totalité des sujets, on peut alors dire que le visionnage de la vidéo influence

l'initiation de l'arrêt de la consommation de tabac.

En seconde position, la fréquence des jours sans consommation de tabac sur l'ensemble des jours vécus après visionnage a été analysée pour le groupe expérimental. Il apparaît que 32 jours au total ont été vécus sans consommation de tabac sur les 100 jours qui se sont écoulés pour tout le groupe alors que le groupe contrôle n'a pas connu un jour vécu sans consommation de tabac, il est donc possible de conclure que

le visionnage influence l'ampleur de la cessation, c'est-à-dire l'augmentation du nombre de jours de cessation tabagique.

La 3ème analyse porte sur la fréquence d'apparition de cessation solide, c'est à dire celle où le nombre de jours d'extinction du comportement tabagique atteint les 10 jours. Il s'avère que dans le groupe expérimental, une personne sur 10 a connu ce type de cessation alors qu'aucun cas de ce type n'a été remarqué dans le groupe contrôle. Il est donc possible de dire que le visionnage peut avoir comme conséquence

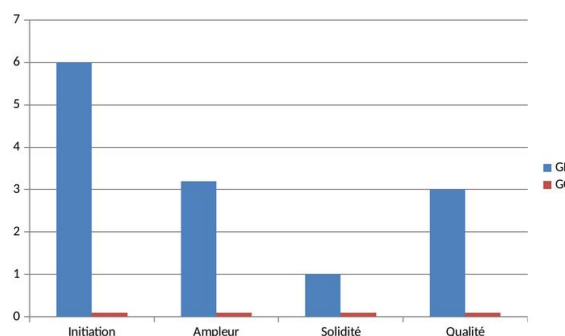
une extinction durable du comportement tabagique.

Enfin, une analyse portant sur la fréquence d'apparition, au sein du groupe expérimental, de cessations dont la durée est de minimum 7 jours montre que 3 personnes sur 10 correspondent à ce profil alors qu'aucune cessation de ce type n'est à noter parmi les sujets du groupe contrôle. On peut alors déduire que le visionnage de la vidéo induit des cessations d'assez bonne qualité.

Table N°4. Tableau récapitulatif de l'analyse des données

Modalités	Groupe expérimental	Groupe contrôle
M1 (Initiation)	60%	0%
M2 (Ampleur)	32%	0%
M3 (Solidité)	10%	0%
M4 (Qualité)	30%	0%

Figure N° 1. Analyse comparative des modalités dans les groupes expérimental et contrôle



L'analyse des données révèle que la cessation du tabagisme est sensiblement différente entre le groupe expérimental ayant visionné le support audiovisuel Allen Carr et le groupe contrôle. En effet, la cessation est plus importante chez les sujets du groupe expérimental que ceux du groupe contrôle.

La collecte des données et leur analyse ont permis de mettre en évidence une plus

grande cessation du comportement tabagique chez les sujets exposés au film thérapeutique que chez les sujets n'ayant pas subi cette condition.

Le visionnage du film a initié un sevrage tabagique (minimum 2 jours) chez 60% des sujets ayant été exposés à ce dernier, cela confirme donc notre première hypothèse partielle de départ.

Le nombre de jours passés sans fumer après visionnage du film est grandement plus important chez les sujets du groupe expérimental, cela vaut donc confirmation de la deuxième hypothèse partielle de recherche.

10 % des sujets ont été contrôlés négatifs (ppm<6) au post-test (après 10 jours) et étaient donc non-fumeurs à ce moment-là, comme prédit par notre troisième hypothèse partielle au début.

30% des sujets du groupe expérimental ont passé au moins 7 jours sans consommer de cigarettes, un taux plus important que celui prédit dans la 4ème hypothèse partielle mais qui vient tout de même la confirmer.

Ces confirmations pourraient avoir tendance à nous mener vers une conclusion hâtive à l'efficacité de ce film dans l'aide à la cessation du tabagisme. Il faudrait tout de même nuancer cet état de fait en pensant notamment au fait de l'affectation non aléatoire aux deux groupes de recherche et au manque de représentativité de notre groupe de recherche.

Néanmoins, il serait judicieux d'établir à quel point l'intervention d'un nouveau facteur, tel que la motivation des sujets à cesser de fumer, pourrait faire évoluer les résultats de cette recherche étant donné que les sujets considérés ici n'avaient aucune volonté particulière de se sevrer. La projection du film dans le cadre de séances en groupe serait aussi une piste à explorer.

8. Conclusion :

La problématique soulevée au début de cette recherche était d'explorer les possibilités et les modalités d'une réponse efficace à une lacune thérapeutique en termes de santé publique et plus particulièrement celle relative au fléau que représente le tabagisme. Notre regard s'est

alors porté sur des thérapies que l'on sait efficaces aujourd'hui tant par le grand nombre de témoignages l'attestant que par les récents travaux académiques sur le sujet mais qui n'ont encore aucun impact sur notre société.

Nous nous sommes proposés de déterminer à quel point l'efficacité de ces thérapies serait préservée si elles étaient prodiguées différemment, de manière à atteindre un plus large public. Nous avons alors imaginé la présente recherche comme un moyen d'exploration à travers lequel une réalité pouvait être mise à jour, celle de la nécessité de l'adoption de nouvelles formes et de nouveaux canaux par les psychothérapeutes à travers le monde afin de réduire le fossé qui les séparent de leurs sociétés.

Les résultats obtenus de cette recherche semblent indiquer qu'une recherche similaire quantitativement plus importante et méthodologiquement plus rigoureuse pourra certainement valider l'impact pressenti ici d'un nouveau genre de thérapies s'inspirant de l'industrie du cinéma pour répondre à certaines des habitudes morbides qu'elle a transmis à nos populations.

Liste Bibliographique:

Bergevin, J. P., & Brochu, S. (1991). *Prévention primaire et secondaire de la toxicomanie*. Montréal : Méridien.

Deniker, P. (1966). *La psychopharmacologie*. Presses Universitaires de France.

Descarpentries, J. (2007). Entre prédiction et prévention : des questions pour l'épistémologie de l'éducation pour la santé ? In Actes du colloque international « *Actualité*

de la recherche en éducation et en formation ». Strasbourg (Vol. 28).

Dijkstra, A., Zuidema, R., Vos, D., & van Kalken, M. (2014). The effectiveness of the Allen Carr smoking cessation training in companies tested in a quasi-experimental design. *BMC public health*, 14, 952. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-952>

Driessen, E., & Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(3), 537–555. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.005>

Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health*, 89(9), 1322–1327. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322>

Goodchild, M., Nargis, N., & d'Espaignet, E. T. (2017). Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tobacco control*, tobaccocontrol-2016.

Hutter, H. P., Moshhammer, H., & Neuberger, M. (2006). Smoking cessation at the workplace: 1 year success of short seminars. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79(1), 42-48.

Keogan, S., Li, S., & Clancy, L. (2019). Allen Carr's Easyway to Stop Smoking - A randomised clinical trial. *Tobacco control*, 28(4), 414–419. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054243>

Kirsch, M. (2010). *Genèse d'une épidémie*. La lettre du Collège de France, (Hors-série 3), 5-14.

Kokavec A. (2008). Is decreased appetite for food a physiological consequence of alcohol

consumption?. *Appetite*, 51(2), 233–243. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.03.011>

Lemaire, J. (1997). L'usage du tabac dans l'histoire. Dans : Jean-François Lemaire éd., *Le tabagisme* (pp. 19-28). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

Mojica, W. A., Suttorp, M. J., Sherman, S. E., Morton, S. C., Roth, E. A., Maglione, M. A., ... & Shekelle, P. G. (2004). Smoking-cessation interventions by type of provider: a meta-analysis. *American journal of preventive medicine*, 26(5), 391-401.

Rodgers, A., Vaughan, P., Prentice, T., Edejer, T. T. T., & Evans, D. (2002). *The world health report 2002*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Roness, A., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 51–58. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00433.x>

US Public Health Service. (1964). *Smoking and health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General*. DHEW publication (PHS), 1103.

Willemsen, M. C., & Wagena, E. J. (2003). The efficacy of smoking cessation methods available in the Netherlands: a systematic review based on Cochrane data. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 147(19), 922-927.

World Health Organization, W. H. O. (2008). & Research WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package.. Récupéré sur <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=y6YsDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=number+of+smoke+rs+in+the+world&ots=Y5TEZNLun1&sig=qE4ff0Oy08SCPydM8RZs8CFfV>

IU#v=onepage&q=number%20of%20smokers%20in%20the%20world&f=false.

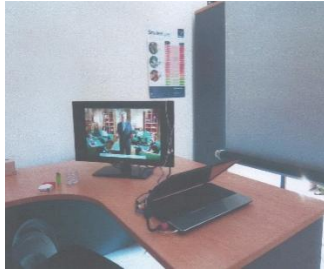
for obesity?. *Physiology & behavior*, 100(1), 82–89.

<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2010.01.012>

Yeomans M. R. (2010). Alcohol, appetite and energy balance: is alcohol intake a risk factor

Annexes :

Annexe 1 : Lieu du déroulement de l'expérience (poste de visionnage)



Annexe 2 : Appareil de mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré



Annexe 3 : Exemple d'un résultat d'une mesure pour un sujet



Annexe 4 : Quelques images extraites de la vidéo

