



HAL
open science

Smoking and smoking cessation among migrants in France: A qualitative study

Carole El Chami, Lorraine Cousin, Olivia Rousset Torrente, Guillaume Roucoux, Carter Brown, Frédérique Thonon, Anne Sophie Petit, Simon Ducarroz, Martin Duracinsky

► To cite this version:

Carole El Chami, Lorraine Cousin, Olivia Rousset Torrente, Guillaume Roucoux, Carter Brown, et al.. Smoking and smoking cessation among migrants in France: A qualitative study. *Bulletin du Cancer*, 2023, 110, pp.991 - 1001. 10.1016/j.bulcan.2023.05.004 . inserm-04543497

HAL Id: inserm-04543497

<https://inserm.hal.science/inserm-04543497>

Submitted on 12 Apr 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Info suppl.



« Un bien pour un mal ». Consommation et arrêt du tabac chez les migrants en France : une étude qualitative (TATAMI)

Carole El Chami^{1,2}, Lorraine Cousin^{1,2,3}, Olivia Rousset Torrente^{1,2}, Guillaume Roucoux^{1,2}, Carter Brown^{1,2}, Frédérique Thonon^{1,2}, Anne Sophie Petit^{1,4}, Simon Ducarroz^{5,6}, Martin Duracinsky^{1,2,7}

Reçu le 7 mars 2023
Accepté le 12 mai 2023
Disponible sur internet le :
18 juillet 2023

1. AP-HP, hôpital Hôtel-Dieu galerie B1 3^e étage, unité de recherche clinique en économie de la santé (URC-ECO), 75004 Paris, France
2. Université Paris Cité, ECEVE, UMR 1123, Inserm, 75010 Paris, France
3. Aix Marseille université, Inserm, IRD, SESSTIM, sciences économiques & sociales de la santé & traitement de l'information médicale, ISSPAM, Marseille, France
4. Université Lyon 2, groupe de recherche en psychologie sociale (UR GREPS), Bron, France
5. Sorbonne université, Inserm, institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique, IPLESP, équipe de recherche en épidémiologie sociale, 75012 Paris,, France
6. CNRS, institut convergences migration, Aubervilliers, France
7. AP-HP, hôpital Bicêtre, département de médecine interne et d'immunologie clinique, 94275 Kremlin-Bicêtre, France

Correspondance :

Lorraine Cousin, AP-HP, hôpital Hôtel-Dieu galerie B1 3^e étage, unité de recherche clinique en économie de la santé (URC-ECO), 75004 Paris, France.
lorraine.cousin@aphp.fr

Mots clés

Migrants
Consommation de tabac
Sevrage tabagique
Recherche qualitative
Santé des migrants
Populations vulnérables

■ Résumé

Introduction > L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs liés à la consommation et à l'arrêt du tabac ainsi que les préférences sur les méthodes pour l'arrêt rapportées par les migrants en France.

Méthodes > Étude qualitative par entretiens semi-directifs individuels réalisés auprès de migrants, en Île-de-France, analysés thématiquement suivant une approche inductive.

Résultats > Seize entretiens réalisés. Le stress et l'isolement induits par la migration favoriseraient l'augmentation de la consommation de tabac. Ces deux facteurs, ainsi que le manque d'informations sur les ressources disponibles pour l'arrêt du tabac, sont identifiés comme des freins au sevrage. Les principales motivations à l'arrêt sont les effets identifiés ou expérimentés du tabac sur leur santé ainsi que la pression de la famille et particulièrement des enfants. L'arrêt relève essentiellement d'une stratégie personnelle centrée sur la véritable volonté d'arrêter. La méthode plébiscitée et identifiée par les participants comme la plus efficace pour l'aide à l'arrêt, est une prise en charge sous forme de suivi ou de thérapie par le professionnel de santé alliant écoute et soutien psychologique.

Discussion > Pour les migrants, le recours au tabac est une ressource pour lutter contre le stress pouvant augmenter pendant le parcours migratoire et lors de l'arrivée dans le pays d'accueil et revêt une dimension psychosociale chez les individus les plus isolés. L'arrêt du tabac doit être accompagné et prendre en compte les spécificités de cette population ainsi que le besoin exprimé de soutien psychosocial, comme le suggèrent nos résultats, pour être le plus efficace possible.

Keywords

Migrants
Tobacco use
Smoking cessation
Qualitative research
Migrant health
Vulnerable populations

Summary**Smoking and smoking cessation among migrants in France: A qualitative study**

Introduction > The aim of this study is to identify factors related to smoking and smoking cessation as well as preferences for cessation methods reported by migrants in France.

Methods > Qualitative study using semi-directive interviews with migrants in the Parisian area thematically analyzed using an inductive approach.

Results > Sixteen interviews conducted. The stress and isolation induced by migration favor the increase of tobacco consumption. These two factors, as well as the lack of information on the resources available for quitting smoking, were identified as obstacles to cessation. The main motivations for quitting are the identified or experienced effects of smoking on their health and pressure from family members, especially children. Quitting is essentially a personal strategy centered on the true will to quit. The most popular method identified by the participants as the most effective in helping them to quit, is follow-up or therapy by a health professional combining listening and psychological support.

Discussion > For migrants, smoking is a resource to combat stress that increases during the migration process and upon arrival in the host country and presents a psychosocial dimension for the most isolated individuals. Smoking cessation must be accompanied and must take into account the specificities of this population as well as the expressed need for psychosocial support, as suggested by our results, to be most effective.

Introduction

Avec plus de 75 000 décès estimés en France en 2015, le tabagisme est la première cause de mortalité évitable, due principalement aux cancers qu'il engendre [1]. Pour lutter contre le tabagisme, des actions ont été mises en place par le gouvernement (campagnes d'information et de prévention, augmentation des prix du tabac, interdiction de fumer dans les lieux publics...). Celles-ci ont été efficaces pour une partie de la population française seulement, renforçant les inégalités sociales autour de la consommation de tabac. Ces inégalités concernent en particulier les personnes confrontées à la précarité financière et sociale en ne disposant pas de logements ni d'emploi [2]. En effet, la prévalence tabagique en France reste plus élevée et les taux d'arrêt plus faibles parmi ces populations, creusant un écart et des inégalités sociales de santé dans les catégories les plus défavorisées [2,3]. Ces constats suggèrent que la lutte contre le tabac dans les populations précaires réponde à des enjeux spécifiques et nécessite une approche adaptée.

Dans leur ouvrage *Innover contre les inégalités en santé*, Olivier Bouchaud et Olivier Cha constatent qu'il existe un lien entre migration et précarité [4]. En effet, d'après les statistiques sociales, les migrants ont globalement un niveau socio-économique plus faible que la population générale auquel s'ajoutent d'autres formes de vulnérabilité liées aux motifs de migration ainsi qu'aux circonstances des déplacements et arrivées sur le territoire d'accueil [4]. Le nombre de migrants est en augmentation en France depuis le XIX^e siècle. Les migrants représentent 10,2 % de la population vivant en France en 2020 contre 5 % en 1946 [5]. Concernant les consommations

de tabac chez les migrants, une méta-analyse combinant des données de prévalence publiées entre 2000 et 2019, estime cette prévalence à 24 % dans le monde, et 36 % en Europe, où elle est la plus élevée [6]. Les caractéristiques des migrants et des migrants fumeurs varient selon leur pays d'accueil et leur pays d'origine. Ainsi, aux États-Unis les migrants fumeurs sont plus nombreux dans les populations présentant un bas niveau de revenu [7]. Aux Pays-Bas, comme en Allemagne, les hommes nés en Turquie fument plus que la population générale [8]. En France, il existe peu de données sur la prévalence du tabagisme chez les migrants.

La notion de migrants couvre une hétérogénéité de profils, que ce soit en termes de pays de naissance, de catégories socio-professionnelles ou d'âge. Cette diversité est susceptible de s'exprimer à travers le tabagisme dans cette population. Ainsi, l'étude du Baromètre santé 2018 permet d'avoir une première idée sur les disparités de prévalences et les modes de consommation de tabac chez les migrants en France selon leurs pays d'origine [9]. De même, les représentations liées au tabac sont susceptibles de varier selon les mesures de prévention du tabagisme développées dans le pays d'origine et d'être impactées par le contexte socioculturel d'origine dont la compréhension est indispensable afin de pouvoir réduire la consommation de tabac [10].

Il existe plusieurs interventions de sevrage tabagique efficaces, telles que les conseils dispensés individuellement [11], les interventions et les conseils par téléphone [12] ou les thérapies de groupe [13]. Nous pouvons aussi citer l'étude STOP (Sevrage tabagique à l'aide d'outils dédiés selon la préférence), une étude pilote mobilisant des méthodes mixtes qui a montré la

faisabilité et l'acceptabilité d'une intervention à destination des fumeurs ayant une faible position socioéconomique en Île-de-France, basée sur leurs choix d'aides à l'arrêt du tabac préférée(s) (différents produits de substitution nicotinique et/ou e-cigarettes avec des liquides) délivrées gratuitement [14]. Cependant, aucune intervention spécifiquement destinée aux migrants accueillis en France, n'est identifiée dans la littérature scientifique. Or, les interventions de sevrage tabagique adaptées aux caractéristiques de cette population sont plus efficaces que des interventions classiques [15,16].

L'objectif de cette étude est de décrire les facteurs qui impactent la consommation de tabac chez les migrants en France, les mécanismes sous-jacents aux consommations et leurs préférences en termes de méthodes de sevrage tabagique dans le but de déterminer les besoins et les attentes pour la construction d'une intervention de sevrage adaptée aux migrants.

Méthodes

Design

Nous avons réalisé une étude qualitative avec une approche inductive afin de comprendre les enjeux liés à la migration dans le processus de sevrage tabagique. Les recommandations *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) [17] ont été suivies.

Recrutement des participants

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés entre mars et juin 2021 auprès de migrants que nous définissons comme une partie plus défavorisée des immigrés reçus en visite médicale à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) ou venus consulter à une Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans la région Île-de-France. Ces structures sont particulièrement utilisées par les migrants puisqu'elles permettent aux personnes en situation irrégulière sans droits sociaux ouverts d'y recevoir des soins. Le recrutement s'est fait par échantillonnage de commodité : les participants ont été choisis en raison de leur présence dans les lieux au moment de l'étude, de leur disponibilité et de leur volonté à participer. Pour être inclus, les individus devaient être fumeurs ou anciens fumeurs, nés à l'étranger, âgés de plus de dix-huit ans et devaient parler une langue en commun avec l'enquêteur : le français, l'anglais ou l'arabe. Nous avons suivi le principe de saturation des données pour définir l'arrêt du recrutement.

Entretiens

L'ensemble des entretiens a été réalisé par l'auteure principale de l'article. Pour les entretiens semi-directifs individuels, un guide d'entretien a été co-construit avec le comité scientifique en s'inspirant d'études menées sur le même sujet. Ce guide existait en deux versions, une première version destinée aux fumeurs et une deuxième aux anciens fumeurs, et comprenait des questions ouvertes et des questions de relance pour approfondir certaines thématiques. Les thématiques principales des

deux versions du guide d'entretiens sont présentées en [Annexe 1](#). Ce guide a été préalablement testé auprès de deux migrants volontaires. Les entretiens ont été réalisés en face-à-face, en box de consultation pour respecter la confidentialité des informations, puis intégralement retranscrits en assurant l'anonymat des participants. Les entretiens menés en anglais ont été analysés directement en anglais et ceux en arabe ont été traduits en français par la chercheuse les ayant réalisés.

Aspects éthiques et réglementaires

L'étude a reçu l'avis favorable du comité d'éthique de la recherche de l'hôpital Foch (IRB00012437) le 20 janvier 2021. Les entretiens ont été enregistrés après information et accord oral des participants et leur non-opposition a été collecté sur l'enregistrement audio.

Analyse

Les entretiens ont été analysés thématiquement en utilisant une approche inductive générale [18], par trois chercheurs, de manière indépendante et aveugle. Ils ont été codés par unités de sens et catégorisés afin de répondre à la question de recherche. Les chercheurs ont individuellement identifié les thèmes émergents et redondants d'un entretien à l'autre, en utilisant le logiciel NVivo 11. La mise en commun des codes a permis une triangulation des données, et d'assurer la validité des résultats. La triangulation a été réalisée à travers une mise en commun des codages réalisés indépendamment par chaque chercheur, des discussions et l'obtention d'un consensus sur le codage par les trois chercheurs.

Résultats

Description de la population

Au total, seize entretiens ont été réalisés : quatorze ont été menés en PASS (aux hôpitaux Lariboisière, Pitié-Salpêtrière, Hôtel-Dieu de Paris et Bicêtre) et deux à l'OFII (Direction territoriale de Montrouge). Ils ont duré de douze à 42 minutes, avec une moyenne de 26 minutes. L'échantillon des participants était composé de treize hommes et trois femmes. L'âge médian des participants était de 37 ans (minimum : 20 ; maximum : 68). Les migrants étaient issus des pays d'Afrique, d'Europe, d'Asie du Sud et d'Amérique du Nord. Ils étaient arrivés en France entre 1987 et 2021. Cinq participants ont déclaré être bénéficiaires d'une couverture maladie en France. Au moment de l'entretien, neuf participants étaient fumeurs, quatre anciens fumeurs et trois en cours d'arrêt. Tous les participants déclaraient fumer ou avoir fumé des cigarettes industrielles et/ou roulées, les roulées dégageant quatre fois plus de nicotine. Treize avaient commencé à fumer avant dix-huit ans. Trois participants n'avaient jamais tenté d'arrêter de fumer. D'autres formes de nicotine ont été mentionnées par certains participants comme la cigarette électronique ainsi que d'autres types de produits fumés comme le cannabis. Les caractéristiques sociodémographiques détaillées des participants sont présentées dans le [tableau 1](#).

TABLEAU I
Caractéristiques des participants

Participants	Âge (années)	Sexe	Pays d'origine	Année d'arrivée en France	Statut marital	Nombre d'enfants	Statut tabagique	Produits fumés et autres formes de nicotine	Quantité fumée (cigarettes par jour)	Âge de début du tabagisme (années)
E1	24	H	Pakistan	2014	Célibataire	0	Fumeur	Cigarettes en paquet	9 à 10	14
E2	33	H	Tunisie	2016	Célibataire	0	Ancien fumeur	Cigarettes en paquet	20	16
E3	37	H	Cameroun	2021	Marié	3	Fumeur	Cigarettes en paquet	8 à 10	13
E4	63	H	Cameroun	1992	Célibataire	3	En cours d'arrêt	Cigarettes en paquet Cigarette électronique	10	16
E5	20	H	Algérie	2018	Célibataire	0	Fumeur	Cigarettes en paquet Cannabis	10 à 15	13
E6	40	H	Côte d'Ivoire	2000	Célibataire	2	Fumeur	Cigarettes en paquet	6 à 7	16
E7	41	H	Tunisie	2017	Marié	2	Ancien fumeur	Cigarettes en paquet	20	17
E8	29	H	États-Unis	2021	Marié	0	En cours d'arrêt	Cigarettes en paquet Cigarette électronique	6 à 10	19
E9	55	H	Tunisie	1990	Célibataire	2	Ancien fumeur	Cigarettes en paquet	20	14
E10	26	H	Tunisie	2019	Célibataire	0	Fumeur	Cigarettes en paquet Tabac à rouler	40	14
E11	28	F	Maroc	2020	Mariée	0	Fumeuse	Tabac à rouler Cigarette électronique	5 à 6	23
E12	37	H	Mali	2015	Marié	0	Ancien fumeur	Cigarettes en paquet	10	18
E13	48	F	Sénégal	2007	Divorcée	5	Fumeuse	Cigarettes en paquet	4	17
E14	68	H	Italie	1987	En instance de divorce	1	En cours d'arrêt	Cigarettes en paquet Cigarette électronique	10	16
E15	40	H	Roumanie	1997	Célibataire	0	Fumeur	Cigarettes en paquet Tabac à rouler Cannabis	20	12
E16	34	F	Roumanie	2014	Célibataire	1	Fumeuse	Cigarettes en paquet	6 à 7	14

Thèmes et sous-thèmes principaux

Les deux grands thèmes des entretiens étaient : (1) l'expérience du tabagisme et (2) l'arrêt tabagique. L'analyse thématique a permis de mettre en évidence un total de dix sous-thèmes. L'arbre thématique est présenté en *figure 1*.

L'expérience du tabagisme

De la vie dans le pays d'origine à la vie en France

Des participants décrivaient un lien entre leur vie dans leur pays d'origine et leur consommation de tabac. Les souvenirs d'une vie « dure » liée à des conditions de précarité sociale ou de crise économique dans leur pays ont été cités comme facteurs explicatifs de l'initiation au tabagisme : « la vie est dure là-bas, on n'a pas les moyens pour faire des choses comme les salles de sport, c'est tout payant et avec la crise économique [...] un jeune qui reste sur un mur toute la journée, qu'est-ce qu'il va faire ? Il va tout essayer » (ancien fumeur originaire de Tunisie, 47 ans). C'était ces mêmes facteurs qui constituaient pour certains les motifs de migration en France.

D'après les déclarations des migrants, l'arrivée en France a eu un impact sur leur consommation de tabac en termes de quantité consommée. En effet, la moitié des personnes interviewées ont vu leur consommation augmenter après leur migration : « depuis que je suis en France, je fume vraiment énormément. Ça fait juste un mois que je suis là, presque un mois, oui un mois parce que je suis arrivé le 20 février, le 20 ça fait un mois et sans vous mentir avec tout ce que j'ai traversé, ça m'a mis dans un endroit c'est un stress que je me... je me console juste en fumant » (fumeur originaire du Cameroun, 37 ans).

Parmi les raisons avancées, des habitudes de vie altérées par rapport à celles qu'ils avaient dans leur pays d'origine (par exemple, augmentation de leur consommation d'alcool en France), et l'arrêt d'activités reconnues comme bénéfiques pour la santé (absence d'activité sportive pratiquée dans leur pays d'origine) pouvaient être à l'origine de cette augmentation. Selon le seul migrant d'origine américaine, la popularité du tabagisme a largement baissé aux États-Unis, surtout parmi les jeunes et spécialement en Californie. Fumer y est aujourd'hui

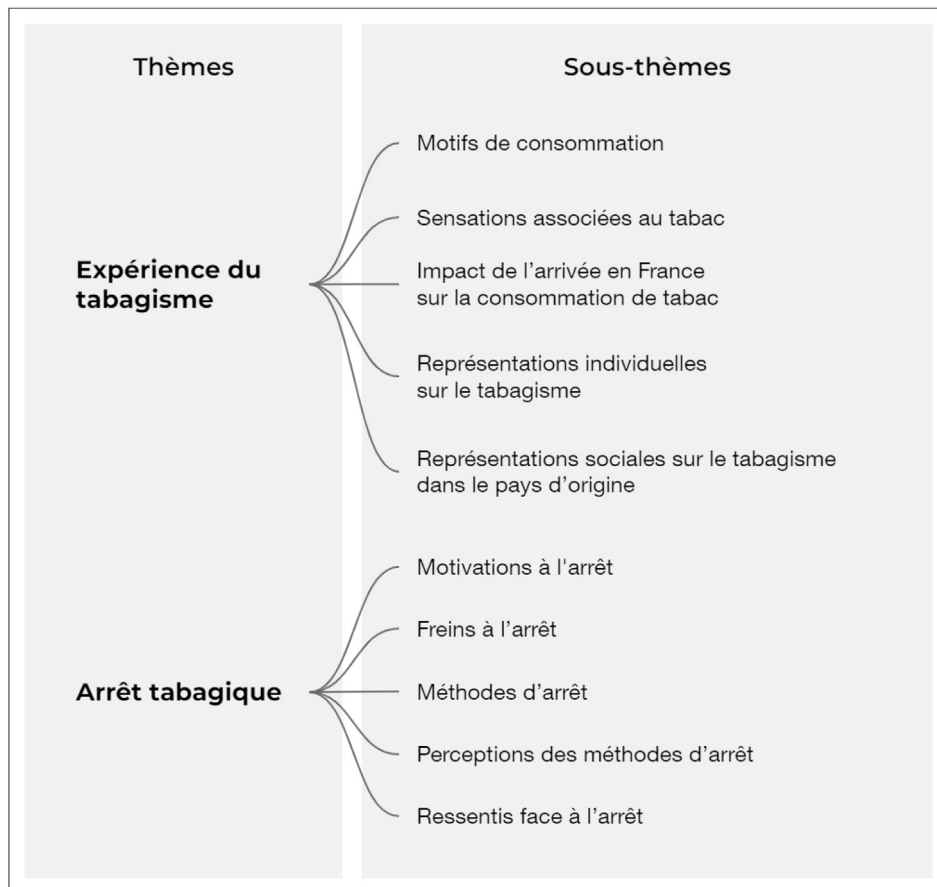


FIGURE 1

Thèmes et sous-thèmes principaux

considéré comme une « mauvaise habitude ». En revanche, selon les migrants originaires de Tunisie, d'Algérie et du Pakistan, le fait de fumer est une pratique qui n'est pas mal vue par la société dans leurs pays. D'après un migrant né en Côte d'Ivoire, pour fumer dans son pays, il fallait être indépendant financièrement et pouvoir s'acheter des cigarettes.

La cigarette comme *coping*, soutien et lien social

Pour les participants, l'usage de la cigarette était une façon de gérer le stress engendré par leurs problèmes de vie quotidienne. Il apparaissait comme une échappatoire à des trajectoires personnelles difficiles. Pour ceux qui se trouvaient dans des situations de vulnérabilité et d'isolement, la cigarette était personnifiée, et permettait de lutter contre le sentiment de solitude : « quand je suis vraiment seule et que j'ai des soucis et je suis stressée, je ne pense qu'à fumer [...] la cigarette c'est mon compagnon à moi » (fumeuse originaire du Sénégal, 48 ans).

« Ça fait juste un mois que je suis là et sans vous mentir, avec tout ce que j'ai traversé, ça m'a mis dans un endroit, c'est un stress. Je me console en fumant » (fumeur originaire du Cameroun, 37 ans).

Quand ils étaient seuls, leur consommation devenait plus importante : « dans la journée quand je sors, que je suis bien, je peux bien oublier de fumer mais le matin à mon réveil et le soir avant de se coucher, je fume beaucoup. Ce sont les moments où je suis toute seule » (fumeuse originaire du Sénégal, 48 ans).

Ils ont rapporté consommer des cigarettes pour ressentir des sensations positives telles que le « bien-être », la « paix » et le « soulagement », et mieux tolérer les moments désagréables de leur journée. En fonction de la fréquence et de l'intensité de ces moments, leur consommation variait.

Pour certains migrants, la cigarette symbolisait la virilité : « dès la jeunesse c'est ce que... ce côté masculin de virilité, fumer je suis grand je suis un homme je fume. Je suis viril » (ancien fumeur originaire de Tunisie, 55 ans) ou était signe de richesse : « les riches fument mais pour le plaisir. Les pauvres fument parce qu'ils n'ont rien [...] » (fumeur originaire d'Algérie, 20 ans).

Des représentations négatives du manque, parfois paradoxales

La représentation qu'avaient les participants du tabac renvoyait à une « drogue » qui se diffuse dans le sang, envahit le corps et qui est par conséquent peu contrôlable. Ils partageaient des ressentis physiques : « quand je fume, je sens la cigarette dans mon corps, dans ma tête » (ancien fumeur originaire du Mali, 37 ans). Ils affirmaient également qu'il s'agissait d'une « dépendance » et évoquaient une sensation de manque associée au tabac : « quand je ne fume pas, c'est une sensation [...] je ne me sens pas bien, il y a quelque chose qui me manque [...] moi je dirais la cigarette c'est une drogue » (fumeur en cours d'arrêt originaire du Cameroun, 63 ans).

Un ancien fumeur a qualifié la cigarette de « bêtise dans toute sa nudité » et a décrit l'image qu'il avait de lui-même et des autres fumeurs quand il était fumeur : « l'image du fumeur c'est sale, ça sent mauvais, ça atteint le corps. En même temps, c'est quelqu'un qui perd [...] c'est tout de même une forme de servitude » (ancien fumeur originaire de Tunisie, 55 ans).

Une attitude ambivalente vis-à-vis de la cigarette était également présente dans le discours des migrants. En effet, un participant (fumeur originaire de Côte d'Ivoire, 40 ans) a dépeint la cigarette comme « un bien pour un mal » du fait de l'effet paradoxal qu'elle exerçait : « ça t'arrange mais là ça détruit là ». Pour d'autres, de la même façon, l'effet calmant de la cigarette était juste une illusion.

Le tabagisme : une normalisation genrée

Les attitudes, comportements et représentations liés au tabagisme et à la cigarette des migrants ont été façonnés par les images véhiculées sur le tabac dans leurs pays d'origine.

Peu de femmes ont participé à l'étude, néanmoins, deux des trois femmes fumeuses interviewées (d'origines marocaine et sénégalaise) mettaient en évidence la différence qui existait entre l'image sociale de l'homme fumeur et celle de la femme fumeuse dans leur pays. Elles ont affirmé explicitement que fumer dans leur pays était « bizarre » ou « très mal vu » pour une femme mais pas pour un homme, raison pour laquelle il était moins fréquent d'observer des femmes fumeuses dans l'espace public, mais aussi que les femmes fumaient moins que les hommes dans leurs pays d'origine.

L'arrêt tabagique

La majorité des migrants fumeurs interviewés ont exprimé leur envie d'arrêter de fumer et deux de ces migrants ont demandé en fin d'entretien à être mis en contact avec un professionnel de santé qui pourrait les aider à arrêter de fumer.

Ses motivations : santé, famille et économies

L'arrêt tabagique était motivé pour plus de la moitié des migrants (10/16) par une perception des risques du tabac sur leur santé : « je pense bien arrêter parce que je vois que ça nuit gravement à la santé [...] je préfère mourir à cause d'autres choses mais pas à cause de la cigarette » (fumeur originaire du Cameroun, 37 ans). Les participants ont identifié les risques du tabac sur le cœur, les artères et les poumons, le développement d'un cancer, etc. Des migrants ont évoqué les effets négatifs ressentis, physiques ou mentaux, causés par le tabac qui les motivait à arrêter d'en consommer : « j'essayais d'arrêter parce que j'avais conscience [...] c'est un sentiment physique et moral de dégradation de soi [...] je fume quatre cigarettes le matin, après j'ai envie de rien faire [...] ça empêche d'être, fumer » (ancien fumeur originaire de Tunisie, 55 ans). Les effets physiques ressentis évoqués par les participants étaient : la diminution des capacités physiques, la fatigue, la faiblesse, les problèmes de respiration, la toux, les maux de

gorge et de poitrine, les troubles de sommeil, la diminution de l'appétit, les tremblements et les battements rapides du cœur. Par ailleurs, la famille, et plus particulièrement le partenaire ou les enfants, ont été cités comme l'une des motivations à l'arrêt pour plusieurs raisons émanant de la volonté de certains migrants de ne pas décevoir leur famille, d'être apprécié ou même d'économiser l'argent dépensé sur les cigarettes pour l'envoyer à la famille dans le pays d'origine : « ma fille m'a dit : « un jour papa je vais te voler tes paquets de cigarettes, comme ça tu n'auras plus de cigarettes à fumer ». Mon fils me dit : « mais papa tu as promis d'arrêter de fumer » [...] je sais que je ne dois pas décevoir mes enfants » (ancien fumeur originaire de Tunisie, 55 ans).

La possibilité de réduire ses dépenses constituait également un motif d'arrêt, décrivant l'achat du tabac comme « du gâchis ».

Ses freins : un cercle vicieux

Les participants se sont exprimés sur les freins, qu'ils envisageaient ou expérimentaient, lors de l'arrêt. Leurs motifs de consommation, l'isolement ou le stress, étaient aussi les raisons pour lesquelles leurs tentatives d'arrêt échouaient.

Ainsi, pour ceux qui se sont retrouvés isolés à l'issue de leur migration, le fait de ne pas bénéficier du soutien de leur entourage rendait l'arrêt plus difficile : « si j'avais peut-être un bon entourage ici (en France) qui pouvait me dire ne fume plus [...] je n'avais rien. Il n'y avait personne qui pouvait me consoler ou bien me parler. Si j'avais un bon entourage je devais arrêter, ça c'est sûr, je devais arrêter » (fumeur en cours d'arrêt originaire du Cameroun, 63 ans).

De même, le stress, les problèmes auxquels ils étaient confrontés en tant que migrants notamment les problèmes économiques, le chômage et le fait d'être en situation irrégulière ainsi qu'une trajectoire personnelle traumatisante pour certains, constituaient également des freins à l'arrêt de leur consommation de tabac. Ils considéraient que la cigarette était la seule forme d'évasion qui leur restait : « j'aimerais arrêter mais avec la situation que je traverse, les problèmes tout ça j'y arrive pas » (fumeur originaire du Cameroun, 37 ans).

Un autre frein cité par des migrants était le manque d'informations concernant les démarches à suivre pour le sevrage tabagique : « j'aimerais vraiment arrêter, mais c'est que je ne sais pas comment faire » (fumeur originaire du Cameroun, 37 ans). En effet, ces migrants déclaraient ne jamais avoir reçu d'informations concernant les solutions disponibles pour l'arrêt du tabac ni dans leur pays d'origine, ni en France.

Les méthodes d'arrêt et leur perception : la volonté personnelle avec un peu d'aide...

Les participants ont souligné le rôle crucial de la volonté personnelle dans l'arrêt du tabac. Ils ont également cité la décision et le courage comme facteurs essentiels à l'arrêt : « je vois que c'était un courage personnel, c'est pas... même si un médecin ou un spécialiste me dit arrête, si moi j'ai pas la volonté ça sert à rien » (fumeur originaire de Tunisie de 41 ans).

À l'exception de deux migrants en cours d'arrêt, les migrants participants n'avaient jamais eu recours à un professionnel de santé pour les aider à arrêter de fumer, puisque aucun professionnel ne les avait interrogés au sujet de leur tabagisme ou de l'arrêt tabagique, que ce soit dans leur pays d'origine ou en France. Ils n'ont jamais été interrogés sur leur envie d'arrêter de fumer par des soignants. Ces personnes avaient pourtant déjà consulté des professionnels de santé en France, au moins dans les PASS. Pourtant, si la volonté personnelle restait l'élément moteur, les migrants déclaraient qu'un recours à un professionnel de santé pourrait les aider à arrêter de fumer : « tout se passe dans la tête. Bien sûr il faut que quelqu'un comme le médecin vous pousse aussi et c'est de l'aide, mais le principal c'est vous [...] donc il faut une force de volonté pour arrêter » (fumeur en cours d'arrêt originaire d'Italie, 68 ans).

Les attentes des migrants quant au rôle du professionnel de santé dans l'aide à l'arrêt tabagique étaient bien spécifiques. En effet, plus de la moitié des migrants (onze sur seize) dont d'anciens fumeurs, préférait une prise en charge non médicamenteuse, sans prescription par les professionnels de santé. Ils considéraient que les médicaments, notamment les substituts nicotiques, ainsi que la cigarette électronique étaient inefficaces. Un migrant soulignait la dimension commerciale des médicaments destinés à l'arrêt tabagique : « tout ça patchs, c'est du business [...] c'est comme un combat contre les guerres et on continue de fabriquer des armes » (fumeur originaire de Côte d'Ivoire, 40 ans).

Ces migrants ont dit préférer être conseillés, orientés, suivis et accompagnés par le professionnel de santé : « un professionnel de santé pourrait m'aider en me proposant des conseils, en me donnant des schémas à suivre pour pouvoir laisser la cigarette au fur et à mesure [...] chaque semaine être amené à échanger avec lui comme je le fais avec vous » (fumeur originaire du Cameroun, 37 ans).

Des migrants ont mobilisé les termes « thérapie » ou « prise en charge psychologique » en parlant de leurs attentes. En effet, ils expliquaient que l'aspect psychologique était important pour arrêter de fumer parce que les facteurs liés à la poursuite de leur consommation de tabac étaient de cet ordre.

Des migrants soulignaient le fait que les personnes fumeuses étaient différentes les unes des autres aussi bien en termes de parcours de vie, de motifs de consommation de tabac et de motivations pour l'arrêt. Par conséquent, les professionnels de santé devaient proposer des schémas adaptés à chaque individu pour l'arrêt tabagique.

D'autres évoquaient l'importance de l'image reflétée par les professionnels de santé en affirmant qu'un patient fumeur ne prendrait jamais en considération les conseils d'arrêt tabagique d'un professionnel de santé fumeur : « il y a des médecins qui fument et qui te disent à toi de ne pas fumer. C'est un petit peu paradoxal non ? Vous ne trouvez pas ? » (fumeur en cours d'arrêt originaire d'Italie, 68 ans).

Discussion

Résultats principaux

Cette étude qualitative décrit les motifs et mécanismes sous-jacents liés à la consommation et à l'arrêt du tabac chez les migrants qui consultent en PASS ou à l'OFII en Île-de-France, ainsi que leurs préférences en termes de méthodes de sevrage tabagique. La migration semble largement influencer leur expérience de tabagisme. Être migrant entraîne pour certains un stress et un isolement social qui favorise la consommation de tabac et freine leur processus d'arrêt. Le tabac est donc appréhendé comme un élément psychosocial. Il est tantôt perçu comme une ressource pour lutter contre les conséquences du stress et est personnifié devenant un élément hautement social. Ainsi l'arrêt du tabac doit prendre en considération ces éléments en permettant de trouver des alternatives pour lutter contre le stress mais aussi en permettant un soutien social pour l'arrêt.

Migration, santé mentale et consommation de tabac

Dans notre étude, le stress est identifié comme un facteur important régissant la consommation de tabac des migrants. Ce stress peut être dû à la migration et aux conditions de vie qui en découlent.

La santé mentale des migrants est particulièrement à risque d'altérations liées à leur parcours migratoire et à leur installation dans le pays d'accueil [19]. Les maladies les plus fréquemment retrouvées parmi les réfugiés et les migrants sont le stress post-traumatique, les troubles de l'humeur et la dépression [20]. De la même manière, la prévalence de l'anxiété et la dépression sont plus élevées chez les migrants que chez la population du pays d'accueil [21].

Le stress est un facteur de risque connu de l'initiation mais aussi du maintien et de l'augmentation des consommations de tabac [22,23]. En effet, les substances contenues dans le tabac, notamment la nicotine, apportent une sensation d'apaisement du stress, il ne s'agit néanmoins que d'une sensation puisque physiologiquement le tabac ne soulage pas le stress. Différents mécanismes peuvent expliquer cette sensation, mais c'est principalement le soulagement du manque de nicotine qui permet d'apaiser le stress des fumeurs. De la même façon, le stress post-traumatique est un facteur de risque du tabagisme [24]. Les migrants sont plus soumis au stress que la population générale et une proportion importante souffre de stress post-traumatique [25], ils constituent donc une population particulièrement vulnérable et plus à risque de développer ou maintenir des consommations de tabac.

Le tabac peut donc, dans ce travail d'après les représentations des migrants être considéré comme une ressource psychologique pour les migrants qui l'utilisent pour lutter contre le stress. Long [26] a précédemment décrit le tabac comme stratégie de *coping* contre le stress. Il décrit des mécanismes similaires à ceux observés dans notre étude, où le tabac est utilisé pour se relaxer

et réduire le stress. Il constate néanmoins que les fumeurs sont plus stressés que les non-fumeurs et que lorsqu'ils arrêtent de fumer leur stress diminue graduellement. Il décrit différentes stratégies de *coping* utilisant le tabac : le *coping* centré sur les émotions pour réduire les émotions négatives liées au stress, ainsi que le *coping* centré sur un problème qui est une tentative active de traiter et de changer la source du stress. Dans notre cas, il apparaît que le tabac peut être une source de *coping* des deux types. Le tabac devient donc comme nous l'avons décrit une cause mais aussi une solution au stress dans ce que nous qualifions de « cercle vicieux ». Ce phénomène de *coping* a aussi été étudié par Revell *et al.* [27] qui considèrent que les personnes ayant recours au tabac et autres substances psychoactives pour gérer leur stress ont tendance à ne pas recourir à du soutien social, interpersonnel ni professionnel et tentent de réduire seules leur niveau de stress. Il est donc possible que les migrants, utilisant le tabac dans une démarche de *coping*, puissent mettre en place d'autres ressources pour la gestion de leur stress si celle-ci leurs sont accessibles et proposées.

Ces mécanismes s'inscrivent dans la théorie de l'automédication développée par Khantzian [28] qui est issue d'observations cliniques réalisées auprès de patients présentant des troubles de consommation de substances. Khantzian théorise la gestion d'états affectifs et émotionnels douloureux par la consommation de substances psychoactives. Les substances deviennent donc des thérapeutiques utilisées en automédication par les migrants.

Comment arrêter ?

Certaines études ont mis en avant la valeur qu'accordent les migrants à l'arrêt par la seule volonté [29,30]. Pour ces migrants comme pour ceux de notre étude, l'autodétermination alimente le pouvoir d'arrêter de fumer. Bien que la volonté soit un élément nécessaire à l'arrêt, elle n'est pas suffisante. Selon la Haute Autorité de santé (HAS), un fumeur aura plus de chances d'arrêter s'il est accompagné par un professionnel [31]. Une méthode préconisée par la HAS et dont l'efficacité est démontrée pour l'accompagnement au sevrage tabagique est l'entretien motivationnel [31]. Il s'agit d'un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement [32]. Lors de cet entretien, le professionnel évalue dans un premier temps la motivation du fumeur, notamment son sentiment d'efficacité personnel et la renforce en se focalisant sur les besoins, les ressources de la personne et les opportunités à agir [32]. Une ressource identifiée dans notre étude, ainsi que dans d'autres populations, est le soutien social, plus particulièrement familial, fourni par les enfants et les proches [29,30]. Une des opportunités pour agir est celle de la dépendance physique et psychologique à la nicotine qui rend l'arrêt du tabac encore plus difficile [33]. Cette dépendance est à prendre en considération lors de l'accompagnement à l'arrêt. Notre présent travail, en

accord avec de précédentes études, montre un faible attrait des migrants pour les substituts nicotiques pour l'aide au sevrage tabagique [30]. Cependant, pour les patients dépendants, les traitements nicotiques de substitution sont indiqués en première intention [31] et ont démontré leur efficacité comme aide au sevrage [34] en soulageant les symptômes du sevrage, en réduisant l'envie de fumer et en prévenant les rechutes. Finalement, une composante importante à prendre en compte pour l'accompagnement au sevrage tabagique est l'adaptation culturelle des interventions proposées [15]. L'adaptation culturelle est la nécessité de modifier certaines interventions pensées pour une population lorsqu'elles sont soumises à d'autres populations comme les minorités ethniques [35]. L'adaptation culturelle permet de rendre une intervention plus acceptable et plus efficace auprès de la population qu'elle vise.

La prise en charge, restes à charge et accessibilité des méthodes d'arrêt

En France, il existe de nombreuses ressources mises à disposition des fumeurs gratuitement pour arrêter de fumer. Parmi celles-ci nous pouvons citer Tabac Info Service, un site internet recensant de nombreuses ressources (calculateur d'économie, partage de témoignages, trucs et astuces, questionnaire et soutien en ligne), une ligne téléphonique permettant d'échanger avec des tabacologues et une application spécialement développée pour accompagner l'arrêt. Par ailleurs, depuis 2019 les substituts nicotiques sont remboursés à hauteur de 65 % par l'assurance maladie. Des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont aussi répartis sur le territoire et dispensent des consultations en addictologie qui n'occasionnent aucun paiement de la part des patients accueillis.

Il existe donc des solutions gratuites pour un accompagnement à l'arrêt du tabac permettant de réduire la barrière financière. Il existe néanmoins encore des barrières non financières qui limitent l'accès à ces solutions. Parmi ces barrières, nous pouvons faire l'hypothèse d'une méconnaissance des moyens et structures existantes, une difficulté d'accès physique à celles-ci, une potentielle barrière de la langue ou une littératie trop faible pour l'utilisation de Tabac Info Service par exemple. Ainsi l'accessibilité financière, notamment des substituts nicotiques, n'en garantit pas l'accessibilité effective pour des populations particulièrement défavorisées et désocialisées. Il est donc nécessaire de rendre plus visibles les ressources existantes et d'identifier les barrières à leur utilisation pour les adapter à la population spécifique des migrants.

Forces et limites

La force de cette étude réside dans son originalité. En effet, peu de données quantitatives et qualitatives existent en lien avec le tabagisme chez cette population en France dont l'étude TOBAMIG qui visait à explorer la consommation de tabac et ses déterminants chez les immigrés en France [36]. Cette étude

permet d'étoffer le corpus de connaissances et les articles sur les consommations de tabac dans une population spécifique et précaire en adoptant une approche qualitative.

La principale limite de l'étude est la barrière de la langue. En effet, elle restreint le recrutement des migrants à ceux qui peuvent comprendre et s'exprimer dans les langues parlées par l'enquêtrice (français, anglais, arabe) et limite donc l'inclusion de primo-arrivants.

Par ailleurs, il s'agit d'une étude exploratoire qui s'est donc limitée à un nombre restreint de terrains d'enquête, rendant difficile la généralisation des résultats. De la même façon, ni toutes les nationalités, ni toutes les ethnies, ni tous les parcours migratoires ne pouvaient être représentés dans l'échantillon rendant nos résultats valables pour la population enquêtée uniquement. Les résultats sur l'influence de genre sont présentés à titre indicatif et ne peuvent pas être considérés comme empiriques au vu du faible nombre de femmes incluses et de l'absence de saturation sur le sujet.

Pour finir, le fait que deux participants aient pensé que l'investigatrice était un média d'accès au sevrage et qu'elle pouvait donc les orienter vers un professionnel de santé qui pourrait leur fournir un accompagnement pour l'arrêt du tabac et ce, malgré une présentation de l'étude et de l'entretien, a pu induire un biais de désirabilité sociale chez ces participants.

Perspectives et conclusion

Les résultats de cette étude suggèrent un besoin d'information des migrants sur l'arrêt tabagique lors des consultations à l'OFII ou dans les PASS. Échanger autour de la consommation et de l'arrêt tabagique permettrait de présenter les méthodes d'arrêt existantes et d'indiquer les procédures pour y avoir accès. Les attentes et les besoins exprimés par les migrants consultant dans les PASS et les OFII en lien avec l'arrêt du tabac orienterait les interventions de sevrage tabagique à destination de cette population. Afin de prendre en compte les spécificités de la trajectoire migratoire qui sont apparues dans les résultats de cet article, ces interventions devraient couvrir la dimension psychosociale de la consommation et de l'arrêt du tabac de cette population en leur apportant des ressources alternatives au tabac. L'apport de ressources sociales et psychologiques pourrait ainsi permettre de briser le cercle vicieux au sein duquel ces migrants sont soumis. L'apport de ressources médicales comme la mise à disposition de manière accessible (au-delà de financièrement) des substituts nicotiques permettrait de limiter le manque de nicotine chez un public déjà en souffrance, sans ressources et particulièrement à risque d'anxiété et de retard aux soins. De ce fait, les substituts nicotiques devraient être des traitements de première nécessité pour ces personnes. Par ailleurs, le point de vue et la pratique des professionnels de santé qui prennent en charge ces migrants mériteraient d'être également explorés avant de développer une intervention. En effet, l'étude des représentations, perceptions et attitudes des

professionnels de santé vis-à-vis de l'accompagnement au sevrage tabagique des migrants est indispensable étant donné le rôle qui leur est attribué par les migrants pour l'aide au sevrage. À souligner également la nécessité de sensibiliser les professionnels de santé à cette problématique et à la pratique du conseil minimal avec ces populations. Finalement, la personnalisation de l'accompagnement nécessiterait une exploration plus poussée du contexte culturel et de son impact sur la prise en charge du tabagisme chez ces migrants, ce qui permettrait d'adapter davantage l'intervention de sevrage tabagique à leur destination.

Remerciements : nous remercions tous les participants de l'étude TATAMI ainsi que l'ensemble des établissements qui nous ont accueillis : les PASS (hôpitaux Lariboisière, Pitié-Salpêtrière, Hôtel-Dieu de Paris et Bicêtre) et l'OFII (Direction territoriale de Montrouge).

Contribution des auteurs : L.C., F.T., C.E.C. : Conceptualisation.
C.E.C. : Recueil et gestion des données
C.E.C., L.C., A.S.P. : Analyse formelle
F.T., O.R.T., M.D. : Acquisition du financement
C.E.C. : Enquête
F.T., L.C., C.E.C., G.R. : Methodologie

L.C., O.R.T. : Gestion administrative du projet
L.C., O.R.T. : Ressources
C.E.C., L.C., A.S.P. : Logiciels
L.C., M.D. : Supervision
C.E.C., L.C., A.S.P., G.R., S.D. : Validation
C.E.C. : Visualisation
C.E.C. : Ecriture
C.E.C., L.C., G.R., A.S.P., S.D. : Relecture et corrections

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Financement : ce projet a été financé par la subvention TABAC19-042_P de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IRSP) et l'Institut National du Cancer INCa (appel à projet tabac 2019).

Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et [doi:10.1016/j.bulcan.2023.05.004](https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2023.05.004).

Références

- [1] Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidemiol Hebd* 2019;15:278-84.
- [2] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard JB. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du baromètre de Santé publique France. *Bull Epidemiol Hebd* 2021;(8):132-9, http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/8/2021_8_1.html.
- [3] Constance J, Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. *Ethnol Fr* 2010;40(3):535-42.
- [4] Bouchaud O, Cha O. 8. Migrants, précarité et vulnérabilités. Dans: Pierre-Henri Bréchat éd., *Innover contre les inégalités de santé* Rennes: Presses de l'EHESP; 2012p. 105-16 [cité 20 juillet 2021. Disponible sur : <https://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-de-sante-9782810900794-page-105.htm>].
- [5] L'essentiel sur les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. [cité 21 juillet 2021]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212#Tableau1_radio1.
- [6] Amiri S. Worldwide prevalence of smoking in immigration: a global systematic review and meta-analysis. *J Addict Dis* 2020;38(4):567-79.
- [7] Azagba S, Shan L, Latham K. Assessing trends and healthy migrant paradox in cigarette smoking among U.S. immigrant adults. *Prev Med* 2019;129:105830.
- [8] Reiss K, Sauzet O, Breckenkamp J, Spallek J, Razum O. How immigrants adapt their smoking behaviour: comparative analysis among Turkish immigrants in Germany and the Netherlands. *BMC Public Health* 2014;14(1):844.
- [9] Khlal M, Bricard D, Legleye S. Smoking among immigrant groups in metropolitan France: prevalence levels, male-to-female ratios and educational gradients. *BMC Public Health* 2018;18(1):479.
- [10] Unger JB, Cruz T, Shakib S, Mock J, Shields A, Baezconde-Garbanati L, et al. Exploring the cultural context of tobacco use: a transdisciplinary framework. *Nicotine Tob Res* 2003;5(Suppl. 1):S101-17.
- [11] Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD001292.
- [12] Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;(5). <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002850.pub4> [Internet. Cité 20 juillet 2021. Disponible sur : <https://www.cochranefulltext.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002850.pub4/full>].
- [13] Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD001007.
- [14] Smoking cessation using preference-based tools: a mixed method pilot study of a novel intervention among smokers with low socioeconomic position – PubMed [Internet]. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34193288/>.
- [15] Kim SS, Kim SH, Fang H, Kwon S, Shelley D, Ziedonis DA. Culturally adapted smoking cessation intervention for Korean Americans: a mediating effect of perceived family norm toward quitting. *J Immigr Minor Health* 2015;17(4):1120-9.
- [16] de Dios MA, Cano MÁ, Vaughan EL, Childress SD, McNeel MM, Harvey LM, et al. A pilot randomized trial examining the feasibility and acceptability of a culturally tailored and adherence-enhancing intervention for Latino smokers in the U.S. *PLoS One* 2019;14(1):e0210323.
- [17] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349-57.
- [18] Thomas DRÅ. General inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *Am J Eval* 2006;27(2):237-46.
- [19] Mental health [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migration-and-health-in-the-european-region/10-facts-on-refugee-and-migrant-health/mental-health>.
- [20] Riva A, Nacinovich R, Brivio E, Mapelli F, Rossi SM, Neri F, et al. Psychopathological risk in a sample of immigrant preadolescents in Italy. *Minerva Pediatr* 2018 [Internet. Cité 21 mars 2022 ; Disponible sur : <https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R15Y9999N00A18021903>].

- [21] Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region (2016) [Internet]. [cité 30 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/public-health-aspects-of-mental-health-among-migrants-and-refugees-a-review-of-the-evidence-on-mental-health-care-for-refugees,-asylum-seekers-and-irregular-migrants-in-the-who-european-region-2016>.
- [22] Buijnzeel AW. Tobacco addiction and the dysregulation of brain stress systems. *Neurosci Biobehav Rev* 2012;36(5):1418-41.
- [23] Carmody TP. Affect regulation, tobacco addiction, and smoking cessation. *J Psychoactive Drugs* 1989;21(3):331-42.
- [24] Pericot-Valverde I, Elliott RJ, Miller ME, Tidey JW, Gaalema DE. Posttraumatic stress disorder and tobacco use: a systematic review and meta-analysis. *Addict Behav* 2018;84:238-47.
- [25] Perreira KM, Ornelas I. Painful passages: traumatic experiences and post-traumatic stress among U.S. Immigrant Latino adolescents and their primary caregivers. *Int Migr Rev* 2013;47(4):976-1005.
- [26] Long D. Smoking as a coping strategy. *Nursing Times*; 2003 [Internet. Cité 21 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/smoking-cessation/smoking-as-a-coping-strategy-19-08-2003/>.
- [27] Revell AD, Warburton DM, Wesnes K. Smoking as a coping strategy. *Addict Behav* 1985;10(3):209-24.
- [28] Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997;4(5):231-44.
- [29] Spence W, Zhu L. Perceptions of smoking cessation among Glasgow's Chinese community. *Tob Prev Cessat* 2017;3:127.
- [30] White M, Bush J, Kai J, Bhopal R, Rankin J. Quitting smoking and experience of smoking cessation interventions among UK Bangladeshi and Pakistani adults: the views of community members and health professionals. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(5):405-11.
- [31] Sevrage tabagique : des outils pour repérer et accompagner les patients [Internet]. Haute Autorité de santé. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974738/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner-les-patients.
- [32] Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel – aider la personne à engager le changement. 2^e ed. Paris: InterEditions; 2013 [448 p].
- [33] Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ* 2007;335(7609):37-41.
- [34] Cepeda-Benito A, Reynoso JT, Erath S. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(4):712-22.
- [35] Ferrer-Wreder L, Sundell K, Mansoor S. Tinkering with perfection: theory development in the intervention cultural adaptation field. *Child Youth Care Forum* 2012;41(2):149-71.
- [36] Ducarroz S. Tobacco use and tobacco-related cancer risks in migrants in Europe. Université de Lyon; 2016 [Internet, phdthesis. Cité 13 mai 2022]. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01861848>.