

**UNIVERSITÉ DE PARIS**

Faculté de Santé

**UFR de Médecine**

**Année 2021**

**N°**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 12/10/2021

Par

**Claire, Xuân-Khanh VO VAN**

**Identification par une étude quantitative des habitudes de  
consommation, des motivations à fumer et des représentations du  
tabagisme chez les patients fumeurs**

Dirigée par Dr DUHOT Didier

JURY

Mme la Professeure Isabelle Aubin-Auger

Présidente

M. le Docteur Didier Duhot

Directeur

M. le Professeur Alexandre Duguet

Membre du jury

M. le Docteur Thomas Gille

Membre du jury

## **AVERTISSEMENT**

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

**UNIVERSITÉ DE PARIS**

Faculté de Santé

**UFR de Médecine**

**Année 2021**

**N°**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 12/10/2021

Par

**Claire, Xuân-Khanh VO VAN**

**Identification par une étude quantitative des habitudes de  
consommation, des motivations à fumer et des représentations du  
tabagisme chez les patients fumeurs**

Dirigée par Dr DUHOT Didier

JURY

Mme la Professeure Isabelle Aubin-Auger

Présidente

M. le Docteur Didier Duhot

Directeur

M. le Professeur Alexandre Duguet

Membre du jury

M. le Docteur Thomas Gille

Membre du jury

## Remerciements

---

À **Mme la Professeure Isabelle Aubin-Auger**, pour me faire l'honneur de présider cette thèse.

À **M. le Docteur Didier Duhot**, pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail de thèse. Merci pour votre aide et vos conseils.

À **M. le Professeur Alexandre Duguet**, pour me faire l'honneur d'avoir accepté de juger mon travail.

À **M. le Docteur Thomas Gille**, pour me faire l'honneur d'être membre de mon jury.

À **M. le Docteur Philippe Szidon**, sans qui je n'aurais pas intégrée cette étude. Merci d'être toujours présent pour répondre à mes nombreuses questions.

À **la Société Française de Médecine Générale**, pour m'avoir intégrée à cette étude. Merci à tous les membres du Copil pour leur aide et conseils. Merci aux médecins ayant répondu à l'étude pour leur participation.

À Ouiza pour notre collaboration et à son mari pour son aide avec les statistiques.

À ma famille pour leur amour et soutien et mon frère pour sa précieuse aide. À mon grand-père qui nous a quitté trop tôt, j'aurais aimé que tu sois là aujourd'hui.

À mes amis de la fac qui m'ont accompagnée depuis le début de ces longues études et qui ont permis de les rendre plus agréables. Merci à Jérémy, Pauline, Roseline, Ruiqian ; à Claire et Louis pour leur aide de relecture ; à Vincent pour son soutien.

## **Résumé :**

**Contexte** - Les patients ont leurs propres motivations à fumer et représentations du tabagisme, qui peuvent différer de celles des médecins généralistes, constituant ainsi des difficultés dans leur prise en charge.

**Méthode** - L'objectif de l'étude était d'identifier par une analyse observationnelle descriptive quantitative les habitudes de consommation, les motivations à fumer et les représentations du tabagisme chez les fumeurs majeurs français par un questionnaire distribué par les médecins généralistes français recrutés dans l'étude.

**Résultats** - 269 patients ont été inclus par les 122 généralistes recrutés. Les patients avaient commencé à fumer par effet de mode à 65 % mais ils continuaient par habitude à 58 %, par dépendance à 57 %, pour faire face au stress à 43 % et par plaisir à 39 %. Les patients qui fumaient moins de 5 cigarettes par jour fumaient plus par plaisir ( $p < 0,05$ ) au contraire des autres qui fumaient plus par dépendance ( $p < 0,05$ ). Parmi les patients, 61 % attendaient de leur médecin traitant la compréhension de la difficulté de l'arrêt, 34 % souhaitaient une absence de jugement et 32 % une information sur les différents moyens de sevrage disponible. Pour 79 % des patients, le tabagisme avait des effets négatifs sur leur entourage et 62 % des fumeurs interrogés connaissait l'absence d'un seuil de dangerosité du tabac. Les patients interrogés se sentaient bien informés sur les risques du tabac pendant la grossesse à 69 % mais 48 % ne savaient pas si l'utilisation des TNS étaient possible pendant la grossesse.

**Conclusion** - Une meilleure connaissance des motivations à fumer et des représentations du tabagisme permet d'ouvrir des pistes d'amélioration dans la prise en charge du tabagisme en médecine générale. En particulier, l'information devrait se poursuivre sur les effets du tabagisme passif, l'absence de seuil de dangerosité du tabac et l'innocuité des substituts nicotiniques même utilisés durant la grossesse.

**Spécialité** : DES de Médecine Générale

**Mots clés français** : Tabac, Arrêter de fumer, Médecine générale, Connaissances, attitudes et pratiques en santé, Perception

**Forme ou Genre** : [fMeSH : Dissertation universitaire](#) ; [Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

## Liste des abréviations

---

- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- CE : Cigarette Electronique
- CIM-10 : Classification Internationale des Maladies (dixième révision)
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- EM : Entretien Motivationnel
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HTA : Hypertension Artérielle
- Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
- IDM : Infarctus du Myocarde
- MG : Médecin Généraliste
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ORL : Oto-rhino-laryngologie
- PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisé
- SEISME : Standards, Ecart, Inconforts des Soignants, Méthodes et Evaluations
- SFMG : Société Française de Médecine Générale
- TCC : Thérapies cognitivo-comportementales
- TNS : Traitements Nicotiniques de Substitution

# Table des matières

---

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>3</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>5</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>6</b>
<b>PREFACE .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>20</b>
<b>1 MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>21</b>
1.1 OBJECTIFS.....	21
1.2 ELABORATION DES QUESTIONNAIRES .....	21
1.3 DIFFUSION DES QUESTIONNAIRES ET RECRUTEMENT .....	22
1.4 RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES .....	23
<b>2 RESULTATS.....</b>	<b>25</b>
2.1 TAUX DE PARTICIPATION ET CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	25
2.2 HABITUDES DE CONSOMMATION ET SOURCES D'INFORMATION SUR LE TABAC.....	27
2.3 MOTIVATIONS A FUMER .....	29
2.3 REPRESENTATIONS DU TABAGISME .....	32
<b>3 DISCUSSION .....</b>	<b>37</b>
3.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION .....	37
3.2 DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS .....	39
3.3 BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	43
3.4 PERSPECTIVES .....	43
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>45</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>47</b>
<b>TABLE DES FIGURES .....</b>	<b>56</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX .....</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>58</b>
ANNEXE 1 : AVIS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS .....	58
ANNEXE 2 : DECLARATION CNIL .....	59
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE PATIENT .....	60
ANNEXE 4 : DOCUMENT D'INFORMATION AUX PATIENTS .....	64
ANNEXE 5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A SIGNER PAR LE PATIENT .....	65
<b>PERMIS D'IMPRIMER.....</b>	<b>66</b>

## Préface

---

Dans le monde, 8 millions de morts sont causées par le tabac chaque année dont 1,2 millions victimes du tabagisme passif (1). Le tabagisme est en France, l'une des premières causes de mortalité évitable et de mortalité par cancer. En 2015, 75 000 décès étaient attribuables au tabac soit 13 % des décès survenus en France métropolitaine (2,3). Il est responsable de 20 % des cancers en France (3) et 80 à 90 % des cancers du poumon sont liés au tabagisme actif (4). Le tabagisme est également la première cause de maladies cardio-vasculaires et le principal facteur de risque des maladies respiratoires (3). Il est aussi en lien ou aggrave d'autres pathologies : gastrite, ulcère gastro-duodéal, diabète de type II, dyslipidémie, eczéma, psoriasis, lupus, infections ORL et dentaires, cataracte et dégénérescence maculaire liée à l'âge (4).

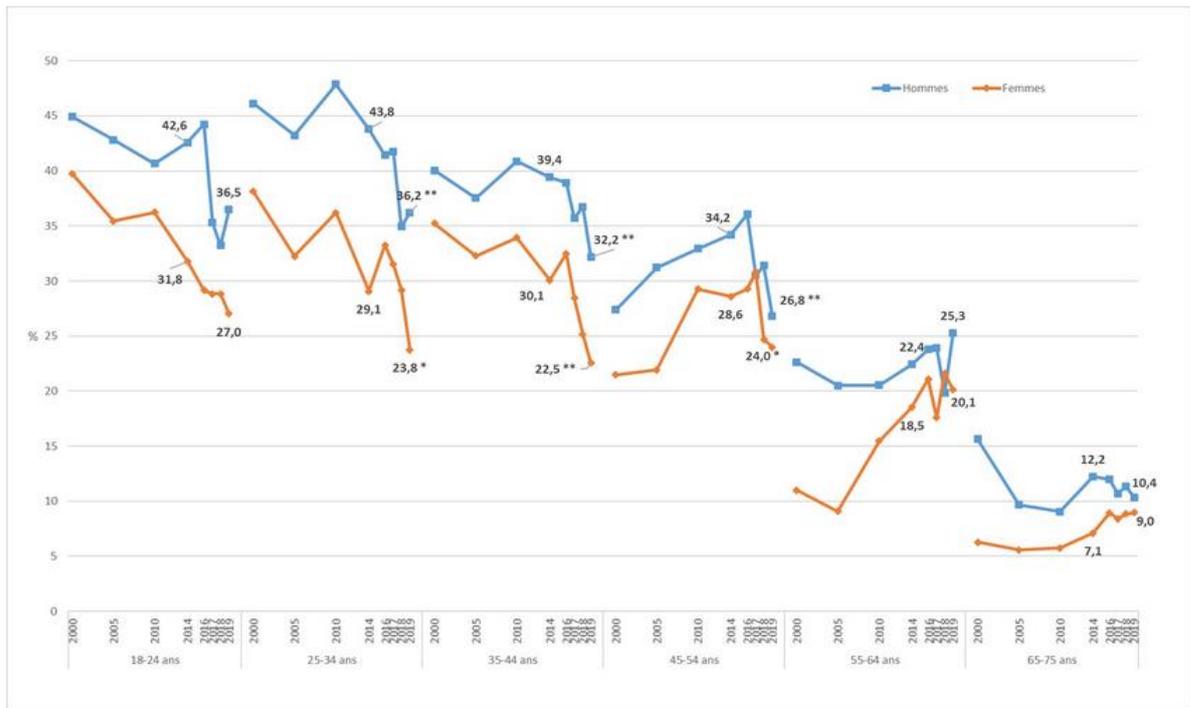
Nocive pour le fumeur, la fumée de tabac qui contient plus de 4000 substances chimiques dont plus de 50 cancérogènes, est également nocive pour le non-fumeur dans un environnement fermé mais également ouvert (terrasse, etc.) (3). En 2014, on estimait que 15,5 % des personnes âgées de 15 à 75 ans occupant un emploi étaient exposées au tabagisme passif sur leur lieu de travail (3) et 28,2 % des 15 à 75 ans déclaraient être exposés à la fumée de tabac à leur domicile (3).

Les risques du tabac pendant la grossesse sont également importants : 35 % de grossesses extra-utérines en sont la conséquence, il y a trois fois plus de risque de faire une fausse couche en début de grossesse chez les fumeuses et le tabac est responsable d'une augmentation du risque de mort fœtale in utero de 47 % (4). Le tabagisme pendant la grossesse est également responsable d'une augmentation du risque d'accouchement prématuré, de retard de croissance in utero et de développement de malformations congénitales. Il peut également entraîner une diminution des capacités sexuelles et de la fertilité (4).

En France, en 2019, trois français sur dix de 18 à 75 ans déclaraient fumer et près d'un quart des 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement (5). La proportion de fumeurs (34.6 %) reste plus élevée que la proportion de fumeuses (26.5 %). Les inégalités sociales en matière de tabagisme demeurent marquées : la prévalence du tabagisme reste plus élevée lorsque le niveau de diplôme diminue et lorsque les revenus sont plus faibles (5).

Ces données de 2019 confirment la baisse du tabagisme en France observée depuis 2016 : baisse de 3,9 points de fumeurs et 4,5 points de fumeurs quotidiens en 5 ans (5).

Figure 1 : Prévalence (en %) du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans en France, entre 2000 et 2019



Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017, 2018 et 2019, Santé publique France. Les \* indiquent une évolution significative entre 2014 et 2019 : \* p<0,05 ; \*\* p<0,01.

Source : Santé publique France, Tabac : données, 2019.

La diminution du nombre de fumeurs est corrélée aux mesures de santé publique mises en place depuis la Loi Veil en 1976 (6,7). Celle-ci met en avant pour la première fois la dangerosité du tabac auprès de l'opinion publique. Cette loi marque le début de la lutte contre le tabagisme en interdisant partiellement la publicité, la distribution gratuite ou encore en rendant obligatoire un avertissement textuel sur les emballages de cigarettes.

Il faudra attendre 15 ans plus tard, pour un renforcement de la lutte anti-tabac avec la Loi Evin de 1991 : interdiction totale de toute publicité (directe et indirecte) du tabac et interdiction de tout usage du tabac dans les lieux à usage collectif.

Par la suite, la lutte contre le tabac s'est progressivement renforcée

- Interdiction de la vente aux mineurs de moins de 16 ans en 2003
- Interdiction de fumer dans tous les espaces publics fermés, les transports en commun et les établissements de santé et scolaires en 2006
- Extension de l'interdiction de la vente aux mineurs aux sujets de moins de 18 ans en 2009

L'année 2014 marque un tournant dans la lutte contre le tabagisme avec le troisième plan cancer et le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT). Celui-ci comprend des mesures telles que le paquet neutre, le remboursement avec plafond annuel des substituts nicotiques et le mois sans tabac. Surtout, le PNRT pour la première fois, intègre dans la lutte contre le tabac tous les acteurs de santé publique dont le médecin généraliste.

Enfin, en 2019, le remboursement à 65 % des substituts nicotiques sans plafond annuel est mis en place par la Sécurité sociale.

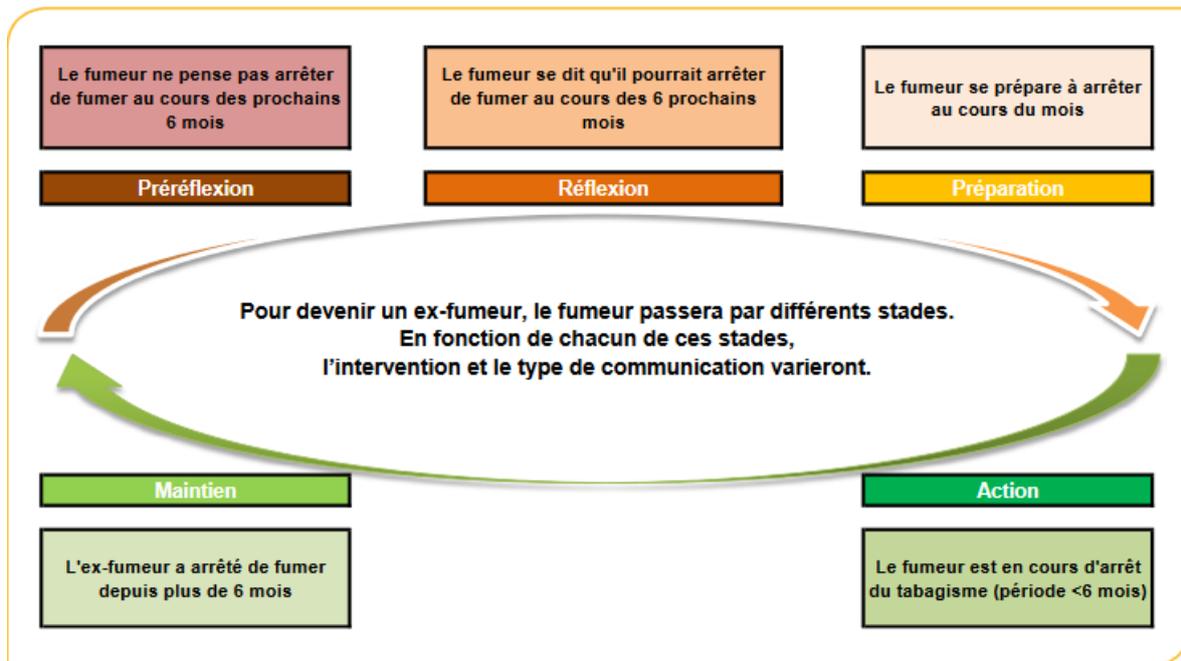
Le médecin généraliste, étant dans le système de soins l'un des principaux interlocuteurs des patients concernant leur santé, peut jouer un rôle moteur dans la lutte contre le tabagisme (9). Les recommandations de la HAS de 2014 vont dans ce sens en préconisant une démarche active auprès des patients fumeurs quel que soit le motif de consultation (9). Dans ces recommandations, le dépistage du tabagisme se base sur le conseil minimal « Fumez-vous ? » « Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? » puis en demandant au patient s'il souhaite en parler lors de consultations dédiées ou s'il ne le souhaite pas, de lui indiquer qu'il peut en parler s'il change d'avis. En effet, tous les patients fumeurs ne sont pas prêts à arrêter de fumer et il faut adapter les interventions au stade dans lequel se situe le patient en faisant preuve d'écoute bienveillante et d'empathie.

Prochaska et DiClemente ont proposé un modèle supposant que les fumeurs passent par plusieurs étapes avant d'arrêter de fumer (9,10,11) :

- Pré-intention : le patient n'envisage pas d'arrêter de fumer
- Intention : le tabagisme commence à être perçu comme un problème mais le patient reste ambivalent
- Décision : le patient a pris la décision d'arrêter et élabore la méthode pour y arriver
- Action : le patient a commencé le sevrage

- Maintien ou rechute : le patient a retrouvé sa liberté face à l'addiction ou il a recommencé à fumer

Figure 2 : Modèle de changement de comportement d'après Prochaska et DiClemente



Source : Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé HAS 2015.

Au stade de pré-intention, le soignant doit tenter de comprendre les représentations que le patient a du tabagisme, les avantages qu'il en retire et d'identifier les facteurs favorisant la consommation. On peut lui proposer une évaluation de sa dépendance par un test de Fagerström (12) en deux ou six questions.

Figure 3 : Test de Fagerström simplifié

### Test de Fagerström simplifié en 2 questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance
- 2-3 : dépendance modérée
- 4-5-6 : dépendance forte

Références : Heatherton *et coll.*, 1991, Fagerström 2012.

Source : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premiers recours.  
Recommandations de bonne pratique HAS 2014.

La dépendance se définit selon le CIM-10 par un « ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). » (13). La dépendance au tabac est liée aux effets psychoactifs de la nicotine qui procure plaisir, détente, stimulation intellectuelle et qui a une action anxiolytique, antidépressive et coupe-faim.

L'évaluation des comorbidités anxieuses et dépressives, ainsi que des co-consommations ou d'autres addictions est essentielle. En effet, les patients souffrant de troubles anxio-dépressifs présenteront en moyenne un syndrome de sevrage tabagique plus intense (9) et les chances de sevrage sont plus faibles, également en cas de poly-addictions. Il peut être nécessaire dans ce cas d'adresser le patient à un addictologue.

Enfin, durant ce stade, on peut conseiller au fumeur l'arrêt ou proposer une approche de réduction de la consommation dans un premier temps, qui peut être une étape intermédiaire vers l'arrêt du tabac. Cette stratégie de réduction doit être accompagnée d'un soutien thérapeutique. Elle permet une réduction des risques et un contrôle du patient sur son comportement additif. Les traitements nicotiques de substitution peuvent être utilisés dans cette approche de réduction de la consommation, en dehors du spray buccal qui nécessite un arrêt total du tabac (9). Leur utilisation est possible même sur une durée prolongée (innocuité à long terme : 5 ans, jusqu'à 7,5 ans) (9).

Au stade de l'intention, l'objectif est d'aider le patient à identifier les avantages qu'il retire du tabagisme et ses freins à l'arrêt du tabac puis l'aider à exprimer les avantages qu'il en tirera. L'entretien motivationnel peut aider le patient à améliorer sa confiance en lui. Il s'agit d'une technique développée dans les années 1980 par William Miller et Stephen Rollnick (14), dont l'objectif est d'amener le patient à mettre en œuvre et à maintenir un changement de comportement en le poussant vers une prise de conscience du problème et une décision de changement. Pour cela, il faut utiliser le plus possible des questions ouvertes, reformuler le discours du patient (ce qui donne plus de poids au propos motivationnel), d'inciter les déclarations motivationnelles par des questions ouvertes et de faire régulièrement des résumés des différents éléments (15). L'EM augmente la probabilité d'arrêt du tabac et serait plus efficace que le conseil bref d'arrêt (16), et les séances longues de plus de 20 minutes seraient plus efficaces que les séances courtes (17).

Il est conseillé lors du stade de la décision, de construire un plan de changement avec le patient en fixant une date pour la mise en œuvre du plan. Il faut essayer d'anticiper la survenue de possibles symptômes de sevrage et d'en informer le patient afin de l'aider à les gérer au mieux.

Figure 4 : Symptômes de sevrage à la nicotine et conseils pour les limiter

Symptôme	Durée	Conseils à prodiguer
Étourdissements	1 ou 2 jours	Se détendre et contrôler sa respiration
Mal de tête	Variable	Se détendre
Fatigue	2 à 4 semaines	Faire de l'exercice et dormir plus longtemps
Toux	< 7 jours	Boire de l'eau
Oppression thoracique	< 7 jours	Se détendre
Troubles du sommeil	< 7 jours	Éviter de consommer en soirée des boissons ou des aliments contenant des excitants tels le café, le chocolat et le cola
Constipation	3 à 4 semaines	Boire beaucoup d'eau, manger des aliments riches en fibres et faire de l'exercice
Faim	Quelques semaines	Prendre trois repas peu caloriques par jour
Manque de concentration	Quelques semaines	Prévoir cette situation et s'y préparer
Envie très forte de fumer	Surtout les premières semaines	S'occuper, l'envie de fumer ne dure habituellement que quelques minutes

Source : Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé HAS 2015

Au stade d'action et de maintien, il faut encourager et valoriser les efforts, en anticipant les difficultés et en aidant le patient à trouver des solutions aux problèmes rencontrés (11). En cas de rechute, il est conseillé de dédramatiser la situation et d'identifier les causes de la rechute. Elle se définit comme « la reprise non souhaitée de l'usage quotidien du tabac après une période d'abstinence volontaire dans le cadre d'une tentative d'arrêt » (18). Il faut accompagner le patient dans le réengagement du processus et le déculpabiliser (11).

Une autre méthode, basée sur l'entretien motivationnel et le conseil minimal, est également préconisée dans de nombreux pays pour le sevrage tabagique : la méthode des 5A (19). Elle comporte cinq étapes :

- « Ask » (poser des questions) : interroger sur la consommation de tabac de tous les patients à chaque consultation
- « Advise » (conseiller) : proposer le sevrage à chaque patient fumeur d'une manière claire, ferme et personnalisée
- « Assess » (évaluer) : évaluer la motivation au sevrage tabagique
- « Assist » (aider, soutenir) : aider à l'arrêt du tabac
- « Arrange » (organiser) : organiser le suivi du sevrage tabagique

Pour accompagner le patient dans sa démarche de sevrage tabagique, les traitements nicotiniques de substitutions (TNS) peuvent être prescrits en première intention selon la dépendance (20).

Il en existe différentes formes :

- Formes transdermiques : timbres (ou patches)
- Formes à action rapide et absorption buccale
  - Gommages à mâcher
  - Comprimés à sucer
  - Inhalateurs, à ne pas utiliser au-delà de 12 mois
  - Sprays buccaux : la nicotine est absorbée plus rapidement mais le patient ne doit pas fumer et il ne faut pas l'utiliser au-delà de 6 mois

Quelle que soit leur forme, ils sont plus efficaces dans le sevrage tabagique que l'absence de traitement ou un placebo (9,18). La combinaison d'un patch transdermique à une forme de TNS à action rapide est plus efficace qu'une forme unique de TNS. On peut utiliser l'équivalence 1 cigarette = 1 mg de nicotine pour savoir à quel dosage débiter le traitement, bien que cette équivalence n'ait pas été démontrée (9).

Il faut informer le patient des symptômes de sous dosage ou de surdosage afin qu'il ajuste la dose :

- Sous-dosage : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, persistance des pulsions à fumer ou consommation de cigarettes
- Surdosage : palpitations, céphalées, bouche pâteuse, diarrhées, nausées, lipothymies, insomnies

Les TNS ne présentent pas d'effets indésirables graves et ils doivent être utilisés sur une durée suffisamment prolongée d'au moins 3 mois.

Le soutien psychologique et les TCC font également parti du traitement de première intention.

D'autres outils peuvent être utiles lors du sevrage tabagique comme le soutien téléphonique qui consiste en une série d'entretiens structurés. La prise de rendez-vous est disponible sur la plateforme téléphonique Tabac Info Service. En l'absence d'intervention d'un professionnel, les outils

d'autosupport augmentent la probabilité d'arrêt. Il s'agit de manuels ou de programmes structurés dans un format écrit ou vidéo qui aident le fumeur au sevrage, sans contact direct avec un professionnel de santé. En complément de la ligne téléphone, le site Internet Tabac Info Service ([tabac-info-service.fr](http://tabac-info-service.fr)) permet d'accéder à un accompagnement personnalisé.

Les autres traitements médicamenteux (Varénicline, Bupropion) ne sont prescrits qu'en deuxième intention en raison des risques d'effets indésirables graves en particulier de risque suicidaire et de syndrome dépressif.

La Varénicline (Champix®) est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux à l'acétylcholine. Elle a une action supérieure au placebo dans le sevrage tabagique à 6 mois et supérieure au Bupropion à 12 semaines (18). Elle n'a par contre, pas montré de supériorité par rapport aux TNS. La Varénicline présente comme effets indésirables : troubles du sommeil, troubles digestifs, céphalées, dépression et comportement suicidaires ou auto-agressifs, hostilité, agitation. Elle pourrait également présenter des effets indésirables cardio-vasculaires mais les résultats des études sont discordants (18).

Le Bupropion (Zyban®) a été développé à l'origine comme antidépresseur (inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines). Il a une action supérieure au placebo dans le sevrage tabagique à 6 mois mais n'a pas d'action supérieure aux TNS, et une action inférieure à la Varénicline. Il présente comme effets indésirables : réactions cutanées ou allergiques, insomnie, angoisse, troubles neurologiques (vertiges, céphalées, convulsions), bouche sèche, nausées. Les effets indésirables graves rapportés sont à type de dépression, comportement suicidaires et auto-agressif, HTA, angor, IDM (18).

Les autres traitements pharmacologiques ne sont pas indiqués dans le sevrage tabagique. Les méthodes alternatives (acupuncture, hypnose, etc.) bien qu'elles n'aient pas prouvé d'efficacité, ne doivent pas être découragées si le patient souhaite les intégrer dans sa démarche de sevrage (9).

La cigarette électronique n'a aucune AMM dans le sevrage tabagique et elle ne fait pas l'objet de réglementation spécifique en France. Elle n'est pas recommandée comme outil d'aide au sevrage en l'absence de données actuelles sur son innocuité mais son utilisation temporaire dans le sevrage tabagique ne doit pas être déconseillée (9,20). Du fait des substances contenues dans la CE par rapport à celles contenues dans le tabac, les CE seraient moins dangereuses mais les études réalisées

sont insuffisantes pour établir son innocuité (notamment risque d'addiction nicotinique et risque d'effets irritants pour les voies respiratoires) (18).

Près de 2 fumeurs sur 3 déclarent souhaiter arrêter de fumer mais 97 % des fumeurs n'arrivent pas à arrêter sans aide (21). Pourtant, en 2015, seuls trois fumeurs sur dix déclaraient avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours de l'année passée (5) alors que l'accompagnement par le MG apparaît comme un facteur majeur de réussite (21).

Aussi, il ressort de différentes études que les médecins généralistes rencontrent de nombreuses barrières (22). Certains médecins ont le sentiment d'être intrusifs voir non légitimes à participer au sevrage tabagique (2, 23-25) alors qu'au contraire, des patients trouveraient que l'accompagnement par leur généraliste dans le cadre du sevrage tabagique était insuffisant (26). Ces données suggèrent des différences de représentations et d'attentes entre les patients et les médecins généralistes concernant la prise en charge du tabagisme et qu'une meilleure connaissance des habitudes de consommation, des motivations à fumer et des représentations du tabagisme chez les patients fumeurs pourrait aider à une meilleure prise en charge.

La revue de la littérature réalisée par Laura CHERIAUX et Mathilde GUILLOT dans leur travail de thèse (34,35) a permis d'identifier 5 thématiques de représentations et d'attentes des patients fumeurs :

- Les motivations à fumer : les patients fumaient avant tout pour diminuer le stress (36-44), par plaisir (26,32,38,40,41,43) et pour s'intégrer dans un groupe social (37,38,40,43) en se donnant une meilleure image (32,38,40,44). Le tabagisme était également conditionné par des rituels associés à des moments privilégiés ou à d'autres consommations (pause café...) motivant sa poursuite (26,32,38). Il permettait également de lutter contre l'ennui ou la solitude (32,41). Souvent, le tabac était débuté à l'adolescence motivé par une envie d'appartenir à un groupe social et identitaire (38) et une curiosité avec l'envie d'expérimentation (31). L'entourage social et notamment familial était retrouvé comme un facteur important dans l'initiation au tabac (58).
- Les motivations au sevrage : le sevrage était souvent réalisé par peur de la maladie ou suite à une maladie personnelle ou familiale (26,31,32,38,41,42,45-47,49,51,53,54). Le coût du tabac était un facteur fréquemment retrouvé (26,31,32,38,41,45-49,51,52).

Le poids de l'entourage était également important : le sevrage était souvent motivé par une demande de l'entourage, par l'idée de leur éviter un tabagisme passif ou encore pour montrer l'exemple (26,31,32,38,41,45-50,53,54). Les autres motivations étaient le désir d'amélioration de la qualité de vie et la récupération des capacités respiratoires (26,32,47-49,53,56) ainsi que l'impact sur le physique tels que les dents jaunes, l'haleine et l'odeur (26,31,32,41,55,56,58). La peur des risques sur la grossesse pour les femmes enceintes ou sur la fertilité pour les femmes jeunes étaient également une des principales motivations au sevrage (26,38,49,50,53-57).

- Les freins au sevrage : un des freins les plus fréquemment rapporté était la dépendance physique avec l'appréhension des symptômes de sevrage et la forte dépendance psychique et comportementale (26,32,37-42,45-48,55-58). La peur de la prise de poids (32,38-42,46-48,56-58), du stress à l'arrêt (32,37-40,46-48,57,58) et le retentissement sur l'humeur ou le sommeil (38-41,47,48,56,58) font également partie des freins les plus mentionnés. Les fumeurs avaient tendance à sous-estimer les risques par des arguments basés sur leur bonne santé actuelle ou par une minimisation du rôle du tabac dans les maladies (31,41,51,52,55,59,60). Des fausses croyances telles que la réduction des risques par une consommation faible, par une utilisation de cigarettes légères ou de tabac à rouler ou encore par la réalisation d'exercice physique étaient fréquemment retrouvées (31,38,41,55,60,61). Les fausses croyances étaient également présentes chez les femmes enceintes : le stress du sevrage serait plus nocif qu'un tabagisme modéré, les TNS seraient nocifs pendant la grossesse ou encore le risque serait moins important à certains termes de la grossesse (56,57,60). Les autres obstacles cités étaient le manque de motivation et l'ambivalence des fumeurs qui continuaient à fumer malgré une bonne connaissance des risques (31,41,46,47,55-57,59). Certains fumeurs étaient découragés par des échecs antérieurs ou avaient peur des échecs, et d'autres avaient des priorités plus urgentes que le sevrage (32,38,41,16,51,52,57-59).
- Les différentes aides au sevrage : la cigarette électronique était considérée comme une aide efficace au sevrage (26,61,64-71), sa consommation paraissait moins risquée et moins contraignante que le tabac (26,55,61,64-71). Au contraire, certains fumeurs craignaient une dépendance à la cigarette électronique (64,66-69,71) et étaient inquiets sur la toxicité peu connue et l'existence d'un possible tabagisme passif

(26,64,66-71). Les TNS étaient la deuxième aide citée par les patients malgré de fausses croyances telles que les risques en association avec le tabac, les risques pendant la grossesse ou l'allaitement, la crainte de dépendance ou d'une cancérogénicité éventuelle (72,73). Ils étaient souvent jugés inutiles en raison d'échecs antérieurs (26,33,48,68). Les médecines alternatives étaient également citées comme des moyens d'aides au sevrage (26,54). Pour certains fumeurs, la Varénicline était jugée efficace mais avec des effets secondaires craints par les fumeurs (26,48). De nombreux fumeurs envisageaient de réaliser ou réalisaient un sevrage sans aide (37,47,57,62,63).

- La place du médecin généraliste dans l'aide au sevrage était centrale pour les patients, qui le considéraient comme un interlocuteur privilégié dans le sevrage et la prévention (38,47,62,74). Cependant, certains patients regrettaient un manque de temps et de disponibilité en cas de symptômes de sevrage (41). Les informations sur le tabac étaient parfois jugées comme insuffisantes avec un discours inadapté soit trop banalisant soit trop effrayant (41,54,74). Pour certains, l'accompagnement, le soutien et les conseils étaient insuffisants (26,63,68,75) et parfois des doutes sur les compétences du généraliste dans le sevrage tabagique étaient rapportés (26,41,54). Les fumeurs considéraient qu'un médecin fumeur pouvait banaliser le problème du tabagisme alors qu'un non-fumeur n'avait pas l'expérience pour connaître le ressenti du fumeur (41).

Ces thèmes identifiés ont permis la création d'un questionnaire selon la méthode préconisée pour la réalisation d'un questionnaire de recherche médical (76). Un questionnaire miroir pour les médecins a ensuite été créé afin de confronter les représentations et attentes des patients fumeurs et celles des médecins généralistes concernant le tabagisme et sa prise en charge en médecine générale. Ce travail s'était inspiré de la méthode de l'étude SEISME (Standards, Ecart, Inconforts des Soignants, Méthodes et Evaluations) élaborée par la Société Française de Médecine Générale, étude quantitative suivant un modèle de questionnaire « regards croisés ».

Au sein de cette étude, nous nous intéresserons plus particulièrement aux habitudes de consommation, aux motivations à fumer et aux représentations du tabagisme chez les patients fumeurs. Une meilleure connaissance de ces éléments par le médecin généraliste pourrait permettre une meilleure prise en charge du tabagisme en médecine générale. L'analyse des résultats

concernant le sevrage tabagique (en particulier les freins et motivations au sevrage des patients fumeurs) sera réalisée par Ouiza Meftali dans son travail de thèse.

## Introduction

---

En France, chaque année, le tabagisme est responsable d'environ 75 000 décès (5). C'est la première cause de mortalité évitable de cancers, la première cause de maladies cardio-vasculaires et le principal facteur de risque de maladies respiratoires (3).

Il est observé depuis 2016, une baisse du nombre de fumeurs : 1,6 millions de fumeurs en moins de deux ans entre 2016 et 2018 (2). Ces résultats sont confirmés en 2019, avec une baisse de 1,4 points par rapport à l'année précédente (28). Malgré cela, la France compte encore 30,4 % de fumeurs (28). L'arrêt ou même la diminution de la consommation de tabac sont importants en termes de mortalité et de morbidité quel que soit l'âge du patient au moment de l'arrêt (21).

Les professionnels de santé et en particulier les médecins généralistes apparaissent comme des éléments clés dans cette lutte contre le tabagisme (9). Près de 2 fumeurs sur 3 déclarent souhaiter arrêter de fumer mais 97 % des fumeurs n'arrivent pas à arrêter sans aide (21). Pourtant, seuls trois fumeurs sur dix avaient déclaré avoir abordé la question du tabac en 2015 avec un médecin (5) alors que l'accompagnement par le généraliste apparaît comme un facteur majeur de réussite du sevrage (21). Différentes études suggèrent que les médecins généralistes rencontrent de nombreuses barrières (22) : certains ont le sentiment d'être intrusifs voir non légitimes à participer au sevrage tabagique (2, 23-25) alors qu'au contraire, des patients trouveraient l'accompagnement par leur généraliste insuffisant dans le cadre du sevrage (26). Le patient a ses propres représentations du tabac positives (plaisir, anti-stress...) ou négatives (effets sur la santé et prise de poids, isolement social, manque si arrêt...) (26,31,32). Il a également ses propres attentes concernant son accompagnement dans l'arrêt de sa consommation (26,31,32). Ces représentations et attentes du sujet fumeur peuvent être différentes de celles du médecin et exposent ainsi à des difficultés dans la prise en charge du tabagisme. Une meilleure connaissance de ces représentations et attentes des patients par le médecin généraliste pourrait permettre une amélioration de la prise en charge de ces patients tabagiques. Pour cela, nous avons utilisé les données des questionnaires patients de l'étude SEISME (Standards, Ecart, Inconforts des Soignants, Méthodes et Evaluations) de la SFMG afin d'identifier quelles sont les habitudes de consommation, les motivations à fumer et les représentations du tabagisme chez les patients fumeurs.

# 1 Matériels et méthodes

---

## 1.1 Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les habitudes de consommation, les motivations à fumer et les représentations du tabagisme chez les patients fumeurs.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer s'ils existaient des liens entre

- l'âge de consommation de la première cigarette et les motivations à commencer à fumer
- les principales motivations à continuer à fumer et le nombre de cigarettes fumées par jour
- la représentation du tabac comme une drogue et le nombre de cigarettes fumées par jour
- le niveau d'information des dangers du tabac pendant la grossesse et le genre
- les connaissances sur l'utilisation des substituts nicotiques pendant la grossesse et le genre

## 1.2 Elaboration des questionnaires

Les questionnaires ont été élaborés par trois membres du comité de pilotage de l'étude à partir des thèmes identifiés dans les revues de la littérature concernant les représentations et attentes des patients fumeurs sur le tabac et sa prise en charge en médecine générale en France (34,35). Ces thèmes identifiés ont permis la création d'un questionnaire selon la méthode préconisée pour la réalisation d'un questionnaire de recherche médical (76).

Le questionnaire patient a été ainsi divisé en plusieurs parties, avec des questions à choix unique ou multiple (Annexe 3) :

- Les données administratives ainsi qu'une question sur les principales pathologies du patient (5 questions)
- Les motivations à fumer et les habitudes de consommation de tabac ont fait l'objet de 7 questions
- Les représentations du tabac par le patient et ses attentes par rapport à la prise en charge du tabagisme par son médecin traitant en 8 questions
- Les motivations et les freins au sevrage tabagique, les modalités envisagées ou utilisées lors d'un précédent sevrage ainsi que les différents acteurs du sevrage auxquels le patient a fait ou fera appel (20 questions)

Les questionnaires ont ensuite été retravaillés avec quatre internes ou remplaçants en médecine générale. Puis, ils ont été diffusés aux membres du comité de pilotage pour relecture et validation. Ils ont été testés par la suite sur un échantillon d'une dizaine de médecins généralistes et de patients, permettant la reformulation de plusieurs questions et réponses.

Les différents éléments concernant l'étude (courriers, questionnaires...) ont été soumis pour avis au Conseil National de l'Ordre des Médecins (Annexe 1) afin de valider le contrat de participation des médecins à l'étude. Une base de données déclarée à la CNIL (Annexe 2), a été créée à la SFMG afin de recueillir les données des questionnaires.

### **1.3 Diffusion des questionnaires et recrutement**

Le recrutement des médecins généralistes s'est effectué par un appel à participation lancé via une liste de diffusion de la SFMG (8 000 adresses) avec le questionnaire de recrutement le 26 août 2020. Le recrutement était également ouvert aux remplaçants et aux internes SASPAS.

Les médecins généralistes contactés ont pu remplir le questionnaire de recrutement sur internet (réalisé sur LimeSurvey) en indiquant s'ils souhaitaient participer ou non à l'étude. Le recrutement des médecins s'est terminé le 1<sup>er</sup> octobre 2020.

Les médecins ayant accepté de participer à l'étude devaient signer un accord de participation (validé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins - Annexe 1). Ils ont ensuite reçu un pack investigateur comprenant :

- Une affiche présentant l'étude
- Un chevalet pour le bureau du médecin rappelant l'étude
- Une lettre d'information pour le patient
- Le document de recueil du consentement du patient
- Le contrat médecin
- 10 questionnaires patients papier
- 10 enveloppes T

Chaque médecin participant à l'étude devait ensuite inclure le premier patient majeur fumeur vu en consultation chaque jour pendant au moins 5 jours avec la possibilité d'inclure jusqu'à 10 patients (10 jours). Lors de chaque inclusion, le médecin devait fournir un questionnaire papier au patient avec un identifiant unique qui faisait correspondre le patient au médecin. L'identifiant était composé d'un numéro de médecin (3 digits) et d'une lettre désignant le patient (de a à j) séparés par le sigle « / ». Les données des patients étaient anonymes : le nom, prénom, la date de naissance ou le code postal n'ont pas été demandés. Le questionnaire était rempli par le patient hors de la présence de son généraliste et envoyé directement à la SFMG grâce à une enveloppe T. Les patients étaient informés que leur médecin n'avait pas accès à leurs réponses. Chaque questionnaire patient contenait un lien internet pour remplir le questionnaire LimeSurvey en ligne si le patient le souhaitait, il devait dans ce cas noter son identifiant dans la case prévue à cet effet. Pour chaque patient inclus, le médecin devait ensuite remplir le questionnaire internet LimeSurvey en miroir à la fin de la consultation, une fois le patient parti. Le recueil des questionnaires patients s'est terminé le 31 mars 2021. Les données des patients et médecins ont été anonymisées, seul le président de la SFMG et le directeur de l'étude possédaient la table de transcodage médecin/numéro de participant.

#### **1.4 Recueil et analyse des données**

Les données recueillies étaient, pour les questionnaires en ligne, exportées de LimeSurvey vers Excel et pour les questionnaires papiers, rentrées manuellement sur Excel.

Une analyse observationnelle descriptive quantitative des données a ensuite été réalisée sur Excel. Les tests statistiques ont été réalisés avec l'outil en ligne BioStaTGV. Le test de Chi-2 avait été utilisé pour comparer les proportions si l'effectif attendu était supérieur à 5, dans le cas contraire on avait eu recours au test de Fisher. Certains résultats ont été présentés sous forme de graphiques ou tableaux pour une meilleure visibilité.

## 2 Résultats

---

### 2.1 Taux de participation et caractéristiques de la population étudiée

Sur la période de recrutement des médecins généralistes du 26 août 2020 au 1<sup>er</sup> octobre 2020, 130 praticiens ont accepté de participer à l'étude et 74 praticiens ont refusé tout en remplissant le questionnaire de recrutement. Sur les 130 médecins recrutés, 8 s'étaient finalement rétractés. Sur la période du 19 octobre 2020 au 31 mars 2021, 274 patients fumeurs ont été inclus dans l'étude et 69 médecins ont inclus au moins un patient.

Tableau 1 : Nombre de patients inclus par médecin

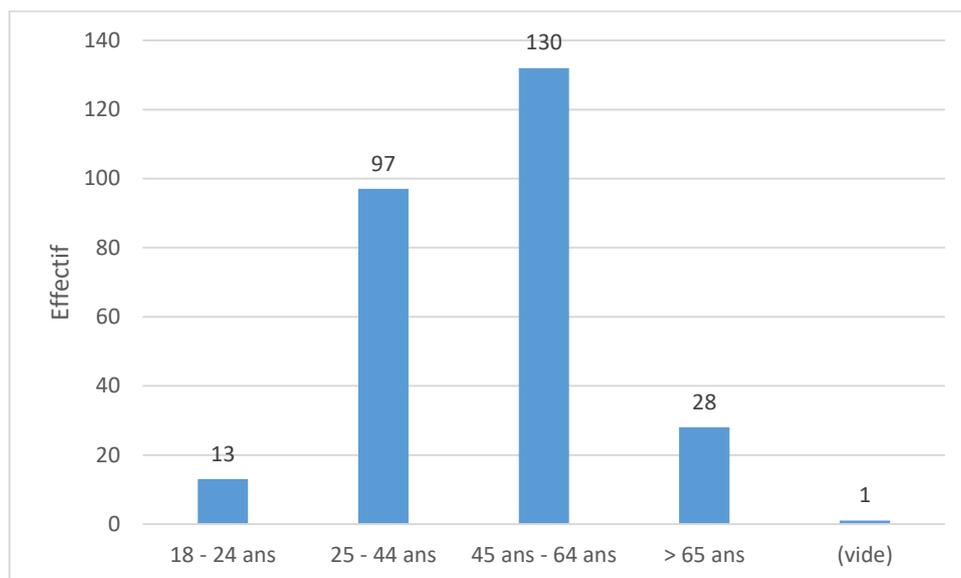
Nombre de patients inclus par médecin	Médecins	
	N	%
0	53	43,4
1	7	5,7
2	12	9,8
3	10	8,2
4	15	12,3
5	11	9,0
6	8	6,6
7	5	4,1
8	1	0,8

Trois patients ont été exclus de l'analyse car ils étaient mineurs. Deux questionnaires ont été retirés de l'analyse car ils avaient le même identifiant avec les mêmes caractéristiques d'âge, de sexe, de catégories socio-professionnelles et seulement quelques réponses qui différaient. Le nombre de patients inclus était donc de 269. Cinq questionnaires avaient un identifiant qui n'existaient pas, mais nous les avons inclus après avoir vérifié que les réponses ne correspondaient pas à un autre questionnaire.

Sur la population étudiée, 102 hommes ont répondu au questionnaire (38 %) et 167 femmes (62 %) soit un sex-ratio à 0,6.

L'âge moyen des personnes interrogées était de 48 ans, le plus jeune avait 18 ans, le plus âgé 88 ans et un patient n'avait pas rempli son âge. Les patients entre 18 et 24 ans étaient au nombre de 5 %, 36 % d'entre eux avaient entre 25 et 44 ans, 49 % avaient entre 45 et 64 ans et 10 % avaient plus de 65 ans.

Figure 5 : Répartition des patients inclus par catégories d'âge



La majorité des patients étaient des employés (38,7%). Toutes les catégories socio-professionnelles étaient représentées mais parfois avec un effectif bas (1 agriculteur, 7 étudiants, 8 professions intermédiaires).

Tableau 2 : Répartition des patients inclus par catégories socio-professionnelles

	N	%
Agriculteurs exploitants	1	0,4
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	11	4,1
Autre	24	8,9
Autres personnes sans activité professionnelle	21	7,8
Cadres	36	13,4
Employés	104	38,7
Etudiants	7	2,6
Ouvriers	21	7,8
Professions intermédiaires	8	3,0
Retraités	36	13,4

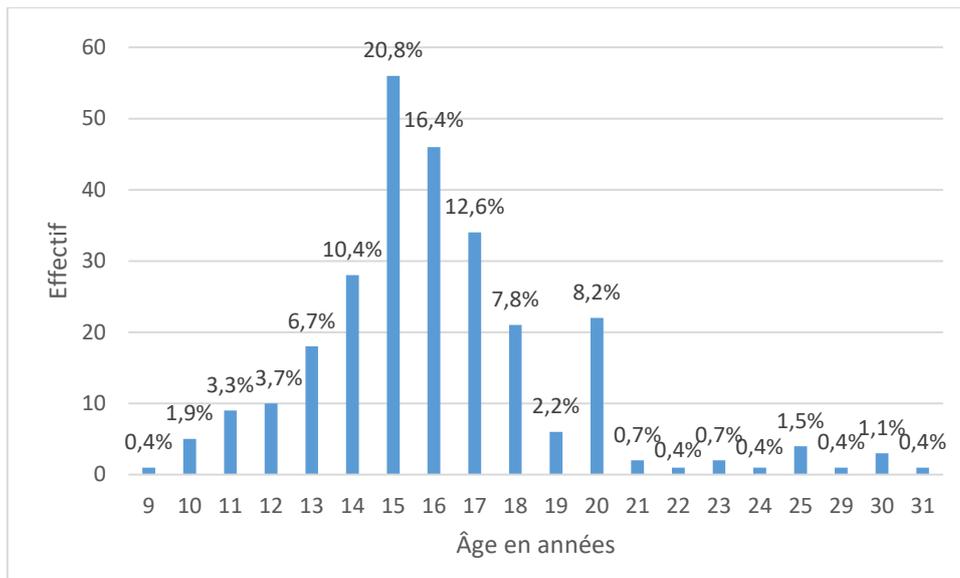
Parmi les patients fumeurs ayant répondu, 47 % ne souffraient d'aucune pathologie, 27 % souffraient d'anxiété ou de dépression, 19 % d'asthme ou de BPCO, 17 % d'HTA, 7 % de diabète et 3 % d'artérite, 2 % des patients avait eu un AVC, 1 % un IDM et aucun n'avait eu un cancer du poumon ou ORL.

## 2.2 Habitudes de consommation et sources d'information sur le tabac

La majorité des patients (77 %) avaient un parent fumeur pendant leur jeunesse : 56 % des patients avaient leurs deux parents qui fumaient, 21 % un seul de leurs parents et 23 % aucun de leurs parents.

L'âge moyen de la première cigarette était de 16,1 ans et s'étendait de 9 ans à 31 ans. Parmi les patients interrogés, 20,8 % des patients interrogés avaient consommé leur première cigarette à l'âge de 15 ans, 16,4 % à l'âge de 16 ans, 12,6 % à l'âge de 17 ans et 10,4 % à l'âge de 14 ans. La majorité (76,2 %) des patients avait consommé leur première cigarette avant l'âge de 18 ans.

Figure 6 : Âge de la première cigarette



Parmi les fumeurs ayant répondu, 69 % fumaient de manière régulière depuis plus de 20 ans, 18 % depuis 11 à 20 ans, 7 % depuis 6 à 10 ans, 6 % depuis 1 à 5 ans et 1 % depuis moins d'un an.

La plupart des patients (88 %) fumaient moins de 20 cigarettes par jour : 41 % des patients fumaient entre 11 et 20 cigarettes par jour, 32 % entre 5 et 10, 11 % moins de 5 cigarettes par jour et 3 % déclaraient fumer occasionnellement. Seul 10 % des patients fumaient entre 21 et 40 cigarettes par jour et 2 % plus de 40 cigarettes par jour.

Les hommes et les femmes fumaient en majorité entre 5 et 20 cigarettes par jour mais la proportion d'hommes qui fumaient plus de 21 cigarettes par jour (14 %) était plus importante que la proportion de femmes (8 %). Au contraire, la proportion de femmes fumant moins de 5 cigarettes par jour (13 %) était plus importante que la proportion d'hommes (8 %) ( $p < 0,05$ ). La proportion des hommes et des femmes qui fumaient occasionnellement était similaire. Aucune femme ne fumait plus de 40 cigarettes par jour.

Tableau 3 : Nombres de cigarettes fumées par jour selon le genre

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Occasionnellement	4	4	5	3	9	3
Moins de 5 cigarettes par jour	8	8	22	13	30	11
Entre 5 et 10 cigarettes par jour	30	29	56	34	86	32
Entre 11 et 20 cigarettes par jour	40	39	71	43	111	41
Entre 21 et 40 cigarettes par jour	14	14	13	8	27	10
Plus de 40 cigarettes par jour	6	6	0	0	6	2

Test de Fisher :  $p = 0,01$

La principale source d'informations sur le tabagisme pour les patients était leur médecin généraliste à 78 %. Venaient ensuite les campagnes d'information anti-tabac (39 %) et l'entourage (37 %). Peu de patients se renseignaient par le biais de Tabac Info Service (14 %) ou des réseaux sociaux (8 %) et 3 % des patients avaient comme principale source d'information leur pharmacien.

Tableau 4 : Principales sources d'informations sur le tabagisme pour les patients

	Oui		Non	
	N	%	N	%
Mon médecin généraliste	209	78	60	22
Tabac Info Service	37	14	232	86
Les réseaux sociaux	21	8	248	92
Les campagnes anti-tabac	104	39	165	61
Mon entourage	99	37	170	63
Mon pharmacien	9	3	260	97

## 2.3 Motivations à fumer

Les raisons évoquées par les patients les ayant conduits à commencer à fumer étaient principalement par effet de mode (65 %), pour se détendre (24 %), pour augmenter la confiance en soi (17 %) et contrôler le stress (14 %). Une minorité (9 %) des patients avaient commencé à fumer pour imiter leurs parents, 6 % pour lutter contre l'ennui et 3 % pour contrôler leur poids.

Tableau 5 : Motivations à commencer à fumer

	Oui		Non	
	N	%	N	%
Parce que la cigarette était à la mode	174	65	95	35
Pour se détendre	65	24	204	76
Pour augmenter la confiance en soi	46	17	223	83
Pour contrôler le stress	38	14	231	86
Pour imiter mes parents	25	9	244	91
Pour lutter contre l'ennui	15	6	254	94
Pour contrôler mon poids	9	3	260	97

Il n'a pas été mis en évidence de relation entre l'âge de la première cigarette et les principales motivations à commencer à fumer ( $p = 0,07$ ). Pour le calcul, il avait été décidé de regrouper l'âge de la première cigarette par catégories en fonction de l'âge moyen de la première cigarette retrouvée dans la littérature à 14,4 ans (80) et en distinguant les mineurs et majeurs.

Tableau 6 : Principales motivations à commencer à fumer selon l'âge de la première cigarette

	< 14 ans		14 à 17 ans		18 et +	
	N	%	N	%	N	%
Parce que la cigarette était à la mode	27	57	111	55	36	50
Pour se détendre	7	15	40	19	18	25
Pour augmenter la confiance en soi	8	17	34	17	4	6
Pour contrôler le stress	5	11	19	9	14	19

Test de Chi-2 :  $p = 0,07$

Les patients continuaient à fumer pour 58 % par habitude et 57 % par dépendance puis pour faire face au stress à 43 % et par plaisir à 39 %. Peu de patients fumaient par ennui (12 %) et pour être avec les autres (8 %). Enfin, une minorité (3 %) utilisait la cigarette à la place d'une autre drogue ou comportement addictif.

Tableau 7 : Motivations à continuer à fumer

	Oui		Non	
	N	%	N	%
Par habitude	155	58	114	42
Par dépendance	154	57	115	43
Pour faire face au stress	115	43	154	57
Par plaisir	105	39	164	61
Par ennui	31	12	238	88
Pour être avec les autres (moyen de socialisation)	21	8	248	92
À la place d'une autre drogue ou d'un comportement addictif	9	3	260	97

La plupart des patients qui fumaient occasionnellement (67 %) et moins de 5 cigarettes par jour (60 %) continuaient à fumer par plaisir ( $p < 0,05$ ). La proportion des patients qui continuaient à fumer par plaisir était moins importante chez les patients fumant plus de 5 cigarettes par jour.

Un tiers des patients qui fumaient occasionnellement et 37 % de ceux qui fumaient moins de 5 cigarettes par jour continuaient par dépendance. La moitié des patients qui fumaient entre 5 et 10 cigarettes par jour, 64 % de ceux qui fumaient entre 11 et 20 cigarettes et 74 % de ceux qui fumaient entre 21 et 40 cigarettes par jour continuaient par dépendance. La moitié des patients qui fumaient plus de 40 cigarettes par jour continuaient également par dépendance ( $p < 0,05$ ).

À l'inverse des motivations par plaisir et par dépendance, il n'a pas été mis en évidence de lien entre le nombre de cigarettes fumées par jour et la motivation à fumer pour faire face au stress ( $p = 0,62$ ) ou par habitude ( $p = 0,12$ ).

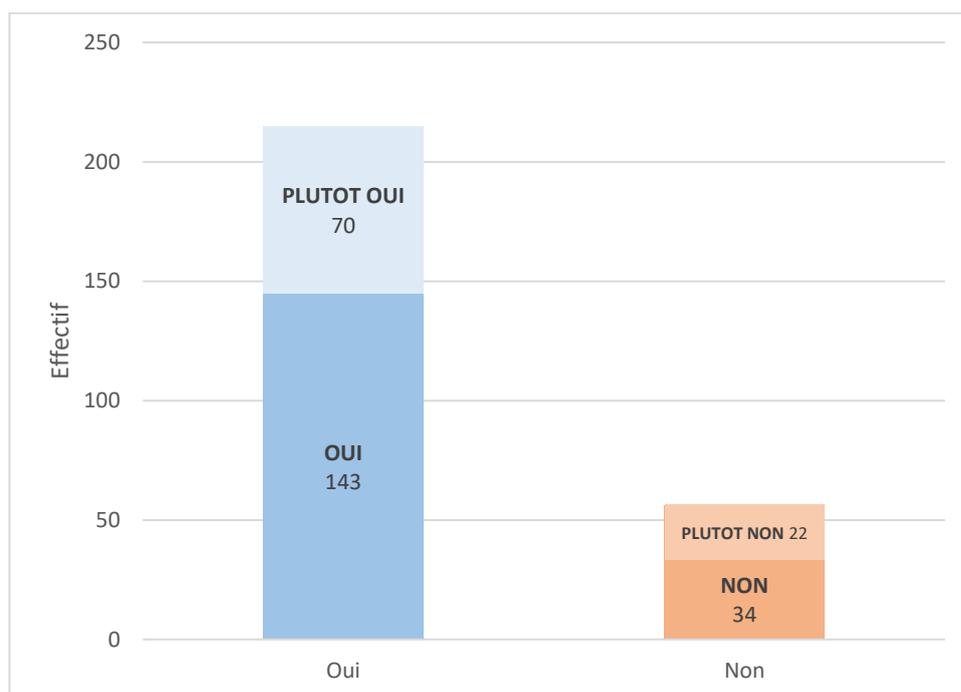
Tableau 8 : Les principales motivations à continuer à fumer en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour

Consommation de cigarettes par jour	Les motivations à continuer à fumer			
	Par plaisir	Par dépendance	Contre le stress	Par habitude
	%	%	%	%
Occasionnellement	67	33	33	22
Moins de 5 cigarettes par jour	60	37	50	50
Entre 5 et 10 cigarettes par jour	38	52	38	59
Entre 11 et 20 cigarettes par jour	37	65	45	59
Entre 21 et 40 cigarettes par jour	19	74	37	70
Plus de 40 cigarettes par jour	33	50	67	33
Test de Fisher	$p = 0,016$	$p = 0,013$	$p = 0,61$	$p = 0,11$

## 2.3 Représentations du tabagisme

La plupart des patients (79 %) se sentaient sous l'emprise d'une drogue en fumant (plutôt oui à 26 % et oui à 53 %) alors que 8 % pensaient plutôt ne pas l'être et 13 % ne pensaient pas du tout l'être.

Figure 7 : Répartition des patients selon s'ils se sentaient ou non sous l'emprise d'une drogue en fumant



Il n'a pas été mis en évidence de relation entre le fait de sentir sous l'emprise d'une drogue en fumant et le nombre de cigarettes fumées par jour ( $p = 0.15$ )

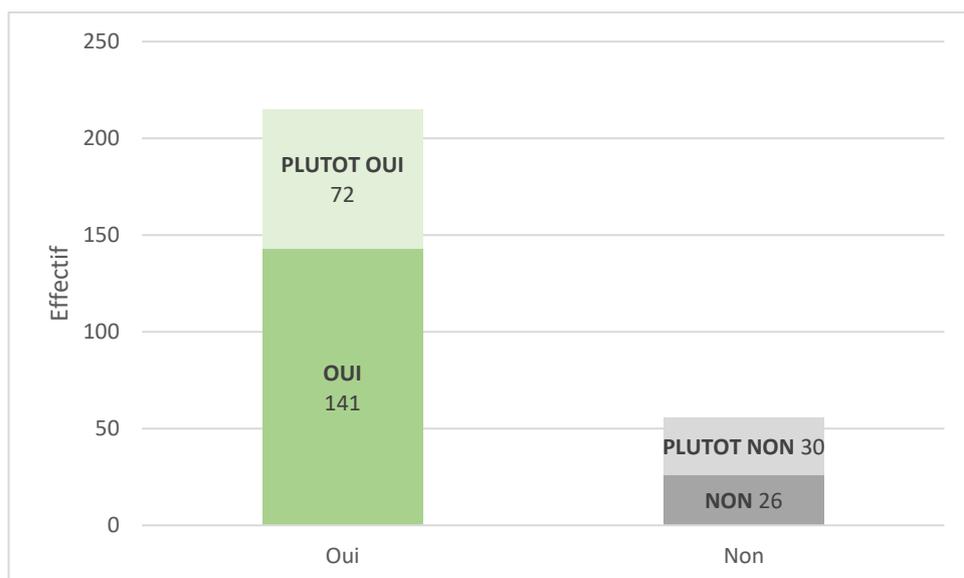
Tableau 9 : Représentation du tabac comme une drogue selon le nombre de cigarettes fumées par jour

Consommation de cigarettes par jour	Vous sentez-vous sous l'emprise d'une drogue en fumant ?			
	Oui		Non	
	N	%	N	%
Occasionnellement	6	67	3	33
Moins de 5 cigarettes par jour	22	76	7	24
Entre 5 et 10 cigarettes par jour	63	73	23	27
Entre 11 et 20 cigarettes par jour	92	83	19	17
Entre 21 et 40 cigarettes par jour	25	93	2	7
Plus de 40 cigarettes par jour	4	67	2	33

Test de Fisher :  $p = 0.15$

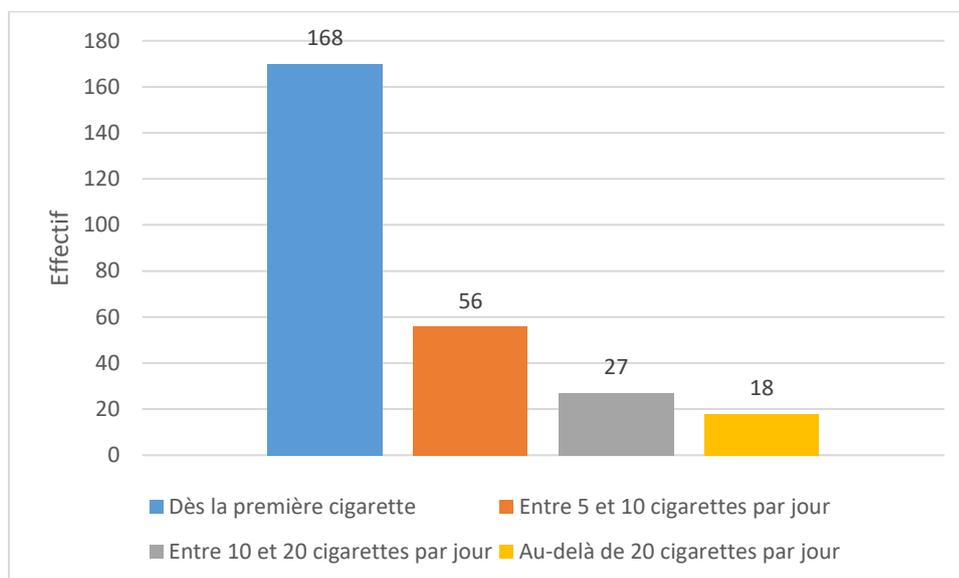
La plupart des patients (79 %) pensaient que le tabagisme avait un effet négatif sur leur entourage (27 % plutôt oui et 52 % oui) alors que pour 11 %, le tabagisme n'avait plutôt pas d'effet négatif sur leur entourage et 10 % que cela n'en avait pas.

Figure 8 : Représentation de l'existence ou non d'un impact négatif du tabagisme sur l'entourage



Parmi les patient interrogés, 62 % pensaient que le tabagisme était dangereux pour la santé dès la première cigarette, 21 % des patients si la consommation était entre 5 et 10 cigarettes par jour et 10 % entre 10 et 20 cigarettes. Pour 7 % des patients, le tabagisme était dangereux pour la santé seulement au-delà de 20 cigarettes par jour.

Figure 9 : Représentation du seuil de dangerosité des cigarettes sur la santé



Le tabagisme avait un impact sur la fertilité féminine et masculine pour 83 % des patients interrogés. La consommation de tabac n'impactait pas la fertilité pour 12 % des patients. Pour 1 % des patients, le tabagisme avait un impact uniquement sur la fertilité des femmes et 3 % uniquement sur la fertilité masculine.

Parmi les fumeurs interrogés, 69 % pensaient être suffisamment informés des risques du tabagisme pendant la grossesse, 19 % pensaient l'être plutôt bien tandis que 7 % pensaient plutôt ne pas l'être suffisamment et 5 % ne se sentaient pas suffisamment informés. Il n'a pas été mis en évidence de différence concernant ces résultats selon le genre du patient fumeur ( $p = 0,08$ ).

Tableau 10 : « Vous sentez-vous suffisamment informés des risques du tabagisme pendant la grossesse » selon le genre

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	85	83	151	90	236	88
Non	17	17	16	10	33	12

Test de Chi-2 :  $p = 0,08$

Près de la moitié des patients (48 %) n’avaient pas de connaissances sur l’utilisation des substituts nicotiques pendant la grossesse. Leur utilisation était dangereuse pendant la grossesse pour 20 % des patients. L’utilisation des substituts nicotiques pendant la grossesse était possible pour 23 % des patients et elle était recommandée pour 9 % des patients.

Il n’a pas été mis en évidence de différences sur ces connaissances selon le genre du patient fumeur ( $p = 0,53$ ).

Tableau 11 : Connaissances sur l’utilisation possible ou non des substituts nicotiques pendant la grossesse selon le genre

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Je ne sais pas	53	52	77	46	130	48
Leur utilisation est dangereuse	22	22	33	20	55	20
Leur utilisation est possible	20	20	41	25	61	23
Leur utilisation est recommandée	7	7	16	10	23	9

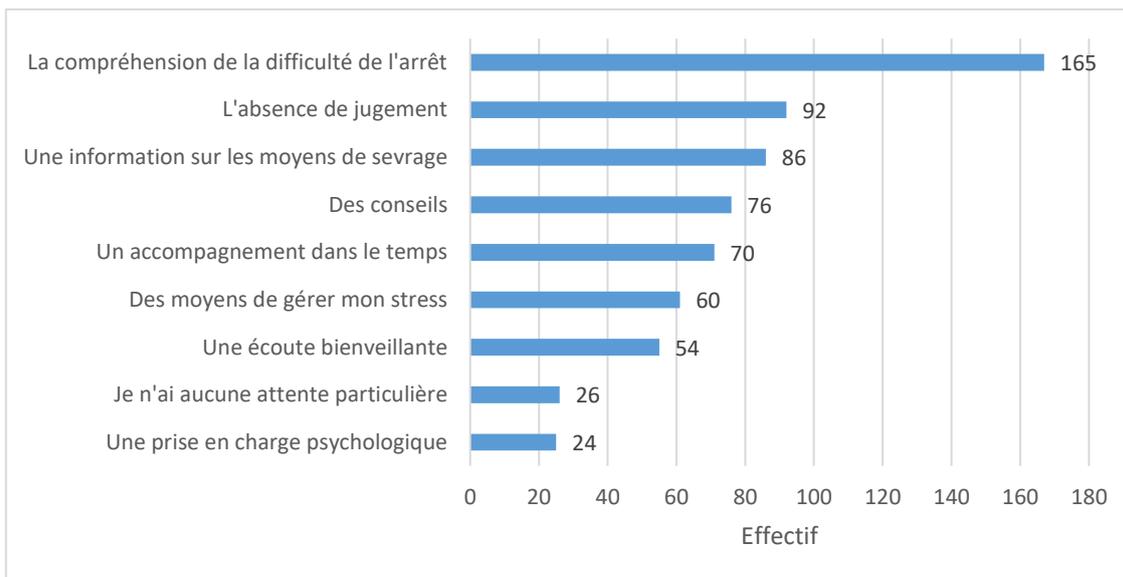
Test de Chi-2 :  $p = 0,62$

Pour plus de la moitié des patients interrogés (58 %), le statut tabagique de leur médecin généraliste n’avait pas d’impact sur sa légitimité à les prendre en charge pour le tabac. Parmi les fumeurs interrogés, 21 % ne préféraient pas savoir que leur généraliste fumait, 4 % seraient rassurés concernant la prise en charge du tabagisme si leur généraliste fumait et 15 % le trouverait moins crédible dans ce domaine. Pour les patients ayant choisi la réponse « Autre », un n’avait pas apporté de précision, un avait écrit « je ne sais pas ». Deux patients avaient précisé préférer que leur généraliste soit un ancien fumeur pour qu’il leur apporte son expérience. Un avait répondu « Je pense qu’il pourrait m’aider malgré tout » et un « Il sait de quoi il parle par expérience ».

Dans le cadre de la prise en charge du tabagisme, 61 % des patients attendaient de leur médecin traitant la compréhension de la difficulté de l’arrêt puis 34 % l’absence de jugement et 32 % une information sur les différents moyens de sevrage disponibles. Les conseils (28 %),

l'accompagnement dans le temps (26 %), les moyens de gérer son stress (22 %), et une écoute bienveillante (20 %) étaient ensuite des éléments importants dans la prise en charge du tabagisme par leur généraliste. Pour 10 % des patients, il n'y avait aucune attente particulière et 9 % souhaitait une prise en charge psychologique.

Figure 10 : Attentes des patients fumeurs sur la prise en charge du tabagisme par leur médecin généraliste



## 3 Discussion

---

En dehors de l'enquête du Baromètre de Santé Publique France en 2017 (77,78) et d'une étude de cohorte de 2010 sur 3 889 français dont 809 fumeurs (47), nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude quantitative récente à l'échelle nationale sur les habitudes de consommation, les motivations à fumer et les représentations du tabagisme. Les autres études sur le tabagisme retrouvées étaient qualitatives ou quantitatives mais centrées sur le sevrage ou limitées à des régions ou à des catégories particulières de patients.

Au cours de notre étude, nous avons identifié que 65 % des patients avaient commencé à fumer par effet de mode mais qu'ils continuaient par habitude pour 58 %, par dépendance pour 57 %, pour faire face au stress pour 43 % et par plaisir pour 39 %. Les patients qui fumaient moins de 5 cigarettes par jour fumaient plus par plaisir au contraire des autres qui fumaient plus par dépendance. Une majorité des patients (61 %) attendaient de leur médecin traitant la compréhension de la difficulté de l'arrêt, 34 % souhaitaient une absence de jugement et 32 % une information sur les différents moyens de sevrage disponible. Bien que les résultats étaient encourageants, l'information sur les effets du tabagisme passif (79 % des patients pensaient à des effets négatifs du tabagisme sur leur entourage) et l'absence de seuil de dangerosité du tabac (connue pour 62 %) devait se poursuivre. Les patients interrogés se sentaient bien informés sur les risques du tabac pendant la grossesse à 69 % mais 48 % ne savaient pas si l'utilisation des TNS étaient possible pendant la grossesse. Les femmes n'étaient pas mieux informées que les hommes concernant ces sujets.

### 3.1 Caractéristiques de la population

Au cours de cette étude sur les patients fumeurs, 167 femmes (62 %) et 102 hommes (38 %) ont répondu au questionnaire, ce qui différait des données du Baromètre de Santé Publique France sur les fumeurs : 54 % d'hommes et 46 % de femmes en 2017 (77), probablement en raison d'un biais de sélection.

Concernant les tranches d'âge, il existait des différences entre notre étude et l'enquête du Baromètre de Santé Publique France 2017 (77) :

- La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était les 45 - 64 ans (49 %) contre 35 % dans l'enquête du Baromètre de Santé Publique France 2017
- La tranche d'âge 25 - 44 ans représentait 36 % dans notre étude contre 45 % dans l'enquête du Baromètre de Santé Publique France 2017
- La tranche d'âge 18 - 24 ans était moins représentée dans notre étude (5 %) contre 15 % dans l'enquête du Baromètre de Santé Publique France 2017
- Les plus de 65 ans étaient plus largement représentés dans notre étude (10 %) contre 5 % dans l'enquête du Baromètre de Santé Publique France 2017

Si l'enquête du Baromètre de Santé publique France incluait des fumeurs jusqu'à l'âge de 75 ans, il n'y avait pas de limite d'âge dans notre étude. Cependant seulement quatre patients âgés de plus de 75 ans avaient répondu.

Ces différences pouvaient s'expliquer par le mode de recrutement utilisé dans notre étude : le questionnaire était proposé par les médecins généralistes à leurs patients fumeurs, qui ne sont pas forcément représentatifs de la population générale. Nous avons choisi d'étudier cette population car l'objectif de cette étude était d'apporter des informations sur les fumeurs pour améliorer leur prise en charge en médecine générale. Nous pouvons expliquer ces résultats par le fait que les jeunes de moins de 44 ans et plus particulièrement de moins de 24 ans consultent moins leur médecin généraliste. En effet, une enquête réalisée en 2002 auprès de médecins généralistes libéraux retrouvait que six consultations sur dix concernaient un patient de plus de 45 ans (78). Cependant, il n'était pas possible de choisir un autre mode de recrutement en raison de la deuxième partie de l'étude comprenant les questionnaires des médecins en miroir.

Nous n'avons pas retrouvé de données décrivant la répartition des fumeurs selon leur catégorie socio-professionnelle, seules les données en population générale étaient disponibles. Certaines catégories socio-professionnelles avaient un effectif bas (1 agriculteur, 7 étudiants, 8 professions intermédiaires) et n'étaient donc probablement pas représentatives. Seulement 7,8 % des fumeurs ayant répondu au questionnaire étaient des ouvriers et 7,8 % étaient sans emploi alors que les fumeurs sont le plus souvent dans des situations socio-économiques difficiles (5,77).

Peu de patients fumeurs ayant des pathologies graves pouvant être liées au tabac avaient participé à l'étude : 5 patients ayant eu un AVC, 4 un IDM et aucun patient n'avait comme antécédent un cancer des poumons ou ORL. Plus d'un quart des patients déclaraient souffrir d'anxiété ou de dépression, cependant nous ne savions pas si les patients souffraient de symptômes légers ou de syndromes anxio-dépressif sévères. Selon les données du Baromètre de Santé publique France en 2017, les épisodes dépressifs caractérisés étaient plus fréquents chez les patients fumeurs et ils présentaient plus de symptômes d'anxiété certaine (77). Il aurait été intéressant d'avoir une question plus précise sur les symptômes anxio-dépressifs ressentis par les patients.

### **3.2 Discussion des principaux résultats**

Parmi les fumeurs interrogés, 77 % avaient au moins un parent qui fumait dans leur jeunesse. Ceci était cohérent avec les données de la littérature qui retrouvaient une probabilité plus importante de fumer si les parents étaient fumeurs (80,81).

L'âge moyen de la première cigarette dans notre étude était de 16,1 ans, plus tardif que l'âge moyen retrouvé à 14,4 ans en 2017 dans l'enquête de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (82). Cet âge était globalement en augmentation depuis 2000 (13,7 ans en 2000) (82).

Ces éléments renforcent l'importance de connaître le statut tabagique des parents des patients, et éventuellement de mettre en place des actions de sensibilisation chez les jeunes adolescents d'autant plus si un de leurs parents fume. Les jeunes adolescents étant une population qui consulte peu et souvent accompagnés d'un parent, ceci laisse peu de place pour aborder la question du tabagisme. Il serait également sûrement intéressant d'aborder avec les parents qui fument, le rôle important de modèles qu'ils ont dans l'initiation au tabagisme vis-à-vis de leurs enfants.

Parmi les patients interrogés, 69 % fumaient de manière régulière depuis plus de 20 ans, ce qui paraissait cohérent compte tenu de l'âge moyen des fumeurs ayant répondu au questionnaire et l'âge moyen de la première cigarette. Bien qu'il soit difficile pour les patients de le remplir lors d'un auto questionnaire, il aurait été intéressant de savoir combien de temps la consommation régulière de tabac est intervenue après la première cigarette.

La plus grande proportion des patients (41 %) fumait 11 à 20 cigarettes par jour, puis 32 % des patients fumaient entre 5 et 10 cigarettes par jour, 11 % fumaient moins de 5 cigarettes par jour et 12 % plus de 21 cigarettes par jour. Cette répartition était cohérente avec celle du Baromètre de Santé Publique France en 2017 (78) qui retrouvait que parmi les fumeurs quotidiens, 18,8 % fumaient entre 1 et 5 cigarettes par jour, 33,2 % entre 5 et 10, 36,7 % entre 10 et 20 et 11,2 % plus de 20.

La principale source d'informations sur le tabagisme pour les patients fumeurs était leur médecin généraliste. Les patients ne remplissaient pas le questionnaire devant le médecin, et il avait été précisé que le médecin n'avait pas accès aux réponses, ce qui n'entraînait pas de biais de désirabilité. Cela confirmait le rôle important du médecin généraliste dans la prise en charge du tabagisme (9,21). L'outil Tabac Info Service était peu utilisé par les patients. Il aurait été intéressant de savoir si c'était par méconnaissance ou parce que cela leur paraissait inutile. Une minorité de patients s'informait auprès de leur pharmacien, ce qui paraît étonnant mais pourrait s'expliquer par la population interrogée : les patients qui consultent peu leur généraliste pourraient plus s'informer auprès de leur pharmacien.

La principale raison évoquée comme motivation à commencer à fumer était par effet de mode, ce qui était cohérent avec les données de la littérature (38,58). Seul 9 % avaient commencé pour imiter leurs parents alors que 77 % d'entre eux avaient au moins un parent qui fumait, ce qui suggérait que cette influence pourrait être inconsciente. Il n'a pas été retrouvé de lien entre l'âge de la première cigarette et les principales motivations à commencer à fumer alors qu'on pourrait penser que les fumeurs ayant commencé jeunes ne le faisaient pas pour les mêmes raisons que les fumeurs ayant commencé plus tard.

Les patients continuaient à fumer principalement par habitude, par dépendance, pour faire face au stress et par plaisir. La revue de la littérature avait également retrouvé en plus de ces motivations, l'intégration dans un groupe social (37,38,40,43) et la lutte contre l'ennui et la solitude (32,41) alors que ces raisons étaient peu citées dans notre étude. Une étude réalisée en 2003 sur 330 fumeurs (43) avait retrouvé comme principales motivations à fumer la dépendance à 22 %, le plaisir à 15 %, la relaxation à 10 % et pour le caractère social à 9 %. Dans une étude réalisée en 2012 sur 170 patients pendant un séminaire pour arrêter de fumer (40), 45 % continuaient à fumer car le tabac faisait partie de leur identité, 40 % par addiction, 30 % par plaisir et 25 % pour le lien social. Les

fumeurs de moins de 5 cigarettes par jour, fumaient plus par plaisir alors que les patients qui fumaient plus de 5 cigarettes par jour fumaient plus par dépendance. L'intervention du généraliste serait donc plutôt limitée sur les patients fumant peu étant donné qu'ils fument plus par plaisir.

La plupart des patients se sentaient sous l'emprise d'une drogue en fumant, mais il n'y avait de lien retrouvé entre ce fait et le nombre de cigarettes fumées par jour. Alors qu'au contraire, on pourrait penser que plus un patient fume plus il se sent sous l'emprise d'une drogue. Cela pourrait s'expliquer par les petits effectifs de l'étude sur les fumeurs de plus de 40 cigarettes par jour et par le fait que les fumeurs de plus de 40 cigarettes par jour pourraient difficilement reconnaître qu'ils sont sous l'emprise d'une drogue.

La majorité des patients était consciente de l'impact négatif du tabagisme sur leur entourage et 62 % pensaient que le tabagisme était dangereux pour la santé dès la première cigarette. Une étude réalisée en 2002 sur 2 533 franciliens âgés de 18 à 75 ans avait retrouvé que le tabagisme était dangereux pour la santé dès la première cigarette pour 18 % des fumeurs (83). Ces données recueillies étaient plutôt encourageantes mais l'information des patients sur la dangerosité du tabac dès la première cigarette et sur le tabagisme passif doit se poursuivre. En effet, une cigarette par jour augmenterait le risque d'IDM de 57 % chez la femme et de 48 % chez l'homme et le risque d'AVC respectivement de 31 % et 25 % (84). Les fumeurs de moins de 10 cigarettes par jour seraient 2,5 fois plus susceptible de mourir d'une maladie respiratoire et 8,6 fois plus à risque de mourir d'un cancer du poumon (85). Le risque de cancer du poumon augmenterait de manière plus importante en fonction du nombre d'années de tabagisme que du nombre de cigarettes fumées (86). Concernant le tabagisme passif, une méta-analyse de 2004 montrait que le tabagisme lié au conjoint augmenterait le risque de développer un cancer du poumon d'environ 20 % chez les femmes et 30 % chez les hommes (87).

La plupart des patients (83 %) se sentait bien informée sur les effets du tabac sur la fertilité. Les patients se sentaient suffisamment informés sur la grossesse à 69 % mais presque la moitié (48 %) ne savait pas si l'utilisation des substituts nicotiques était possible durant la grossesse, et même 20 % pensaient que cela était dangereux. Ces données étaient cohérentes avec celles retrouvées dans la revue de la littérature (88-92). Dans une étude réalisée en 2015 sur 3 603 femmes enceintes (91), il avait été retrouvé que 53 % des fumeuses pensaient que les TNS étaient déconseillés pendant

la grossesse. Dans une thèse réalisée en 2016 sur une étude quantitative menée auprès de 100 femmes nulligestes dans la Loire (92), la majorité avait déclaré que le tabagisme avait un impact sur la fertilité et la grossesse mais 55 % ignoraient la possibilité d'utiliser des TNS durant la grossesse. Il n'avait pas été retrouvé de différences selon le genre concernant l'information sur les risques du tabac pendant la grossesse et la possibilité d'utiliser des TNS pendant la grossesse. Cela suggérait un manque d'information sur les moyens de sevrage disponibles durant la grossesse en particulier chez les femmes, qui devraient être mieux informées que les hommes sur la grossesse.

Pour 42 % des patients, le statut tabagique de leur généraliste avait un impact sur sa légitimité à les prendre en charge pour le tabac : une minorité de patients serait rassurés, mais la plupart ne préférerait pas le savoir ou le trouverait moins crédible. Il semblerait donc que l'apport de l'expérience de fumeur du médecin généraliste dans la prise en charge du tabagisme ne soit pas un élément intéressant. Au vu des réponses « Autre » de quelques patients, il aurait été intéressant de rajouter une question similaire concernant le médecin généraliste qui aurait arrêté de fumer.

Les principales attentes des patients fumeurs sur la prise en charge du tabagisme par leur médecin généraliste étaient la compréhension de la difficulté de l'arrêt, l'absence de jugement, une information sur les moyens de sevrage, des conseils, un accompagnement dans le temps et des moyens de gérer le stress. Ces éléments avaient été retrouvés dans la revue de la littérature (37,62,69,70,93,94) avec également le soutien psychologique (38,48,58,95,96) qui était peu cité dans notre étude. Cela pourrait s'expliquer par l'utilisation d'un terme trop vague dans notre questionnaire et pouvant regrouper d'autres items. Une thèse réalisée en 2007 sur 406 personnes du pays d'Ancenis (74) avait retrouvé que 72 % attendaient des conseils de leur médecins généralistes et 18 % un traitement. Ces données recueillies allaient dans le sens des consultations dédiées avec suivi systématique recommandées suite à une étude quantitative menée dans 26 pays de l'Union Européenne en 2016 sur des patients fumeurs avec pathologies respiratoires (97).

### **3.3 Biais et limites de l'étude**

Notre étude s'est déroulée pendant la pandémie de Covid-19 entraînant des retards et un manque de participation par une moindre disponibilité des médecins généralistes. Le début de la deuxième vague de Covid-19 survenant fin septembre 2020 avait retardé l'envoi des questionnaires aux médecins. Initialement prévu fin septembre 2020, l'envoi avait été reporté à fin octobre 2020. Sur environ 8 000 adresses, seuls 196 généralistes ont répondu au questionnaire de recrutement dont 74 ayant refusé de participer. Chaque médecin devait inclure au moins 5 patients dans l'étude, mais les objectifs n'avaient pas été atteints malgré un délai supplémentaire du 1<sup>er</sup> février 2021 au 31 mars 2021. Cela générait un biais de non-réponse avec une baisse de puissance de l'étude. La méthode de notre étude a peut-être également freiné la participation des médecins généralistes car ils devaient remplir pour chaque patient le questionnaire en miroir.

Le recrutement des médecins était ouvert à tous les généralistes en France mais seuls les médecins sur la liste de diffusion de la SFMG avaient été sollicités par mail. Les médecins devaient recruter le premier patient tabagique de la journée pour éviter toute forme de sélection et limiter le temps des médecins à consacrer à l'étude dans une journée. Cependant, en pratique, le recrutement dépendait probablement du temps de consultation disponible et des a priori du médecin sur son patient. Le chevalet pour présenter l'étude placé sur le bureau des médecins pouvait également perturber le protocole de l'étude : si un patient avait déjà été inclus et qu'un autre patient était intéressé par l'étude dans la journée, le médecin l'incluait-il dans l'étude ? Ces éléments constituaient un biais de recrutement. Les patients non impliqués dans une démarche de sevrage tabagique ou de diminution de consommation étaient peut-être moins enclins à participer à l'étude, ce qui générait un biais de volontariat.

### **3.4 Perspectives**

Lors de la revue de la littérature sur les représentations et attentes des patients fumeurs sur le tabac et sa prise en charge en médecine générale en France, nous avons constaté que peu d'études quantitatives sur le sujet avaient été réalisées récemment en France. Cette étude a permis de faire un nouvel état des lieux des habitudes de consommation, des motivations à fumer et des représentations du tabagisme chez les patients fumeurs afin de mieux les comprendre et ainsi

proposer des pistes d'amélioration pour une prise en charge plus adaptée. L'effectif de l'étude était limité et en dessous de nos attentes. Un autre mode de recrutement (en dehors du cabinet de médecine général) aurait probablement permis de recruter plus de patients. Cependant, il n'est pas certain que les caractéristiques des fumeurs en population générale soient identiques à celles des patients pris en charge en médecine générale.

Il serait également intéressant d'étudier la population adolescente, la majorité des fumeurs ayant consommé leur première cigarette avant l'âge de 18 ans. Un autre élément pertinent serait d'étudier en particuliers les populations les plus précaires qui sont les plus touchées par le tabagisme.

La suite de ce travail concernant les freins et motivations des patients fumeurs dans le cadre du sevrage tabagique sera réalisée par Ouiza Meftali dans son travail de thèse.

La dernière partie de ce travail permettra de confronter les représentations et attentes des patients fumeurs et celles de leurs médecins généralistes concernant le tabagisme et sa prise en charge en médecine générale par le questionnaire en miroir rempli par les médecins. Cela permettra de mettre en évidence des éventuelles disparités et d'ouvrir des pistes d'amélioration de la prise en charge du sevrage tabagique par le médecin généraliste.

## Conclusion

---

Malgré la diminution du nombre de fumeurs observée en France depuis plusieurs années, le tabagisme est toujours la première cause de mortalité évitable, de mortalité par cancer et de mortalité avant 65 ans.

Ce travail s'est intéressé aux habitudes de consommation, motivations à fumer et des représentations du tabagisme chez les patients fumeurs. L'âge moyen de la première cigarette était de 16,1 ans et un facteur important retrouvé chez les patients interrogés était qu'au moins un de leur parent était fumeur. La grande majorité des patients fumaient moins de 20 cigarettes par jour. Les patients s'informaient principalement sur le tabagisme chez leur médecin généraliste. Ils commençaient à fumer principalement parce que la cigarette était à la mode mais continuaient à fumer par habitude, dépendance, plaisir et pour faire face au stress. Les patients qui fumaient moins de 5 cigarettes par jour fumaient plus par plaisir au contraire des autres qui fumaient plus par dépendance. La plupart des patients avaient conscience de l'effet négatif du tabagisme sur leur entourage et 62 % de l'absence de seuil de dangerosité du tabac. Les patients se sentaient suffisamment informés sur les risques du tabac sur la fertilité et la grossesse mais la moitié ne savait pas si l'utilisation des substituts nicotiques pendant la grossesse était possible, certains pensaient que cela était dangereux. Les femmes n'étaient pas mieux informées que les hommes concernant le risque du tabagisme et l'utilisation des TNS pendant la grossesse. L'apport de l'expérience des médecins généralistes fumeurs ne paraissait pas pertinente dans la prise en charge du tabagisme au vu des réponses obtenues dans l'étude. Les patients fumeurs attendaient surtout de leur médecin généraliste dans la prise en charge du tabac une compréhension de la difficulté de l'arrêt, l'absence de jugement et une information sur les différents moyens de sevrage disponibles.

Une meilleure connaissance des motivations à fumer et des représentations du tabagisme permet d'ouvrir des pistes d'amélioration de la prise en charge du tabagisme en médecine générale. En particulier, l'information devrait se poursuivre sur les effets du tabagisme passif, l'absence de seuil de dangerosité du tabac et l'innocuité des substituts nicotiques même durant la grossesse. Notre étude a apporté de nouvelles données comme le fait que les fumeurs de moins de 5 cigarettes par jour fumaient plus par plaisir ou encore le fait que l'apport de l'expérience du médecin généraliste

fumeur n'était pas forcément souhaité par les patients. Ces connaissances permettront d'apporter des améliorations aux formations sur le tabagisme, proposées par la SFMG aux médecins généralistes. Il serait intéressant d'élargir cette étude à un effectif plus important de patients avec un recrutement en dehors des cabinets de médecine générale pour être plus représentatif de la population française qui fume.

La partie suivante de l'étude s'intéressera au sevrage tabagique et la dernière partie confrontera les représentations et attentes des patients fumeurs et celles de leurs médecins généralistes concernant le tabagisme et sa prise en charge. Cela permettra de mettre en place des outils permettant d'améliorer la prise en charge du tabagisme en médecine générale.

Contributeurs : Dr Didier Duhot, Dr François Raineri.

Cette étude a été soutenue financièrement grâce à une convention de partenariat de recherche avec le laboratoire Pfizer.

## Bibliographie

---

1. Organisation Mondiale de la Santé : Le tabac [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Bourdillon F. Journée mondiale sans tabac 2019. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2019;15:270.
3. Tabac Info Service : Je préserve ma santé [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/je-trouve-ma-motivation/je-preserve-ma-sante>
4. Santé publique France : Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la santé ? [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
5. Santé publique France, Tabac : données [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/donnees/>
6. Santé publique France : Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ? [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france>
7. Ministère des Solidarités et de la Santé : Les grandes étapes de la lutte contre le tabagisme en France [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_grandes\\_etapes\\_de\\_la\\_lutte\\_contre\\_le\\_tabagisme\\_en\\_France.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_grandes_etapes_de_la_lutte_contre_le_tabagisme_en_France.pdf)
8. WHO. WHO framework convention on tobacco control. Geneva: WHO; 2005.
9. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premiers recours. Recommandation de bonne pratique HAS 2014 [Internet]. [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours)
10. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, Ill : Dow Jones-Irwin; 1984
11. Attitudes et actions recommandées en fonction du stade de changement du patient. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » HAS 2014 [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_attitudes\\_stade\\_changement\\_patient.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_attitudes_stade_changement_patient.pdf)

12. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. sept 1991;86(9):1119-27.
13. Prise en charge de l'abus de substances psychoactives. OMS [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/fr/](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/)
14. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviors. The Guilford Press – New York ; 1991.
15. Aubin HJ. L'entretien motivationnel : faire progresser les patients dans les stades de changement, jusqu'à la solution de leurs problèmes. Le Courrier des addictions (3). Juill-sept 2001;3(3):117-8.
16. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Méta-analyse de 42 essais randomisés publiés entre 1972 et 2012 et incluant au total 31000 fumeurs. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013;5:CD000165.
17. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2010;(1):CD006936.
18. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé HAS 2015 [Internet]. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf)
19. Arrêter de fumer et ne pas rechuter : La recommandation 2014 de la HAS. Présentation de la méthode des 5A [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe\\_methode\\_5a.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_methode_5a.pdf)
20. Sevrage tabagique : Quels sont les traitements efficaces ? [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/sevrage-tabagique-quels-sont-les-traitements-efficaces>
21. Arrêter de fumer et ne pas rechuter : La recommandation 2014 de la HAS. Questions/réponses : sevrage tabagique [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/question\\_reponse\\_sevrage\\_tabagique.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/question_reponse_sevrage_tabagique.pdf)
22. Piardon M. Évaluation des médecins généralistes du Val-de-Marne sur leurs connaissances et pratiques en tabacologie. Créteil : Université Paris-Est Créteil Val de Marne (UPEC); 2007.
23. Laurent A. Exploration des méthodes utilisées par les médecins généralistes lorrains pour motiver leurs patients à modifier leurs comportements [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2014.

24. Vavilina E. Expériences et opinions des médecins généralistes sur la prise en charge au cabinet d'un fumeur de tabac [Thèse d'exercice]. Nice: Université Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine; 2016
25. Cliquennois S, Lemoine T, Université de Bourgogne. Difficultés du médecin généraliste à la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique [Thèse d'exercice]. Dijon: Université de médecine de Dijon; 2017.
26. Looze-Renault C. Vécu, attentes et connaissances des patients réalisant une tentative de sevrage tabagique : recherche qualitative auprès de patients dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. Lille: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2017.
27. Safdar N, Abbo LM, Knobloch MJ, Seo SK. Research Methods in Healthcare Epidemiology: Survey and Qualitative Research. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2016;37(11):1272-7.
28. Josseran L. Éditorial. Lutte contre le tabac : une prévention à réinventer sans cesse. *Bull Epidémiol Hebd.* 2020;(14):272-3.
29. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France, *Tobacco Control.* 1995;4:162-169.
30. Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L, Eisenberg MJ. Alternative smoking cessation aids: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2012;125(6):576-84.
31. Kirca S. Comment optimiser l'aide au sevrage tabagique : Étude qualitative des bénéfices du tabac rapportés par des patients fumeurs [Thèse d'exercice]. Strasbourg: Faculté de médecine de Strasbourg; 2019.
32. Lallier M, Folco-Lognos B. Histoire du tabagisme, craintes et motivations au sevrage, et attentes de la prise en charge par le praticien chez les patients de deux cabinets de médecine générale semi-rurale de l'Hérault [Thèse d'exercice]. Montpellier: Université de Montpellier 1; 2014.
33. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD000165.
34. Chériaux L. Identification par une revue de la littérature des représentations des patients fumeurs sur le tabac et sur la prise en charge de cette addiction en médecine générale en France [Thèse d'exercice]. Paris: Faculté de médecine de Bobigny; 2021.
35. Guillot M. Quelles sont les attentes des fumeurs sur la prise en charge du tabac et de son sevrage en médecine générale en France ? Revue de la littérature [Thèse d'exercice]. Paris: Faculté de médecine de Bobigny; 2021.

36. Gallopel Morvan K, Hammond D, Martinet Y, Eker F, Beguinot E. Perception de l'efficacité des paquets de cigarettes standardisés. Une étude dans un contexte français. *Bul Epidémiologique Hebd Paris Fr.* 2011;(20-21):244-7.
37. Lauvaux A. Connaissances, représentations, attentes et besoins des patients fumeurs vis-à-vis des aides au sevrage tabagique [Thèse d'exercice]. Reims: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2012.
38. Lucet Chereches DM. Méthodes et éléments motivationnels à l'arrêt du tabac chez des patients de deux cabinets de médecine générale en Seine-Maritime [Thèse d'exercice]. Rouen: Université de Rouen Normandie; 2013.
39. Baha M, Le Faou A-L. Perceived risks to smoking cessation among treatment-seeking French light smokers. *Prev Med.* oct 2013;57(4):372-6.
40. Dupont P, Tack V, Blecha L, Reynaud M, Benyamina A, Amirouche A, et al. Smoker's identity scale: Measuring identity in tobacco dependence and its relationship with confidence in quitting. *Am J Addict.* 2015;24(7):607-12.
41. Barbosa V. Attentes des patients fumeurs envers leur médecin généraliste pour le sevrage tabagique [Thèse d'exercice]. Tours: Université de Tours, UFR de médecine; 2016.
42. Walburg V, Arnault S, Callahan S. Rôle des croyances rationnelles et irrationnelles concernant la motivation à l'arrêt du tabac. *J Thérapie Comport Cogn.* 1 déc 2013;23:188-196.
43. Berlin I, Singleton EG, Pedarriosse A-M, Lancrenon S, Rames A, Aubin H-J, et al. The Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addict Abingdon Engl.* nov 2003;98(11):1575-83.
44. Vannobel R, Depinoy D, Masure M. L'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale, Etude de pratique qualitative et prospective sur 24 patients. *Rev Exerc.* avr 2006;77:54-60.
45. Pippert-Madejski K. Évaluation des connaissances sur les risques du tabagisme chez les patients fumeurs en consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. Strasbourg: Université de Strasbourg, Faculté de médecine; 2016.
46. Jeeawoody F. Comportements des fumeurs face à une maladie grave liée au tabac : étude qualitative par entretiens semi dirigés en Picardie [Thèse d'exercice]. Amiens: Université de Picardie Jules Verne; 2011.

47. Aubin H-J, Peiffer G, Stoebner-Delbarre A, Vicaut E, Jeanpetit Y, Solesse A, et al. The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) cohort: French smokers perceptions and attitudes towards smoking cessation. *BMC Public Health*. 26 févr 2010;10:100.
48. Van Daal PY. Sevrage tabagique : comment l'optimiser ? Facteurs prédictifs du sevrage tabagique et caractérisation du vécu du sevrage tabagique. Enquête auprès de 110 fumeurs de la consultation antitabac de l'Hôpital Pasteur de Colmar [Thèse d'exercice]. Strasbourg: Université Louis Pasteur; 2012.
49. Meilland-Rey M. Etude de la principale motivation au sevrage tabagique en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie socio-professionnelle et du niveau de dépendance, à partir d'un échantillon d'anciens fumeurs [Thèse d'exercice]. Lyon: Université Claude Bernard; 2019.
50. Vauthier A. Etat des lieux des pratiques tabagiques des conjoint(e)s pendant la grossesse [Mémoire de sage-femme]. Angers: Ecole de sages-femmes; 2019.
51. Merson F, Perriot J. Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique. *Santé Publique Rev Multidiscip Pour Rech Action*. 25 nov 2011;23(5):359-70.
52. Constance J, Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. *Ethnol Francaise*. 28 juin 2010;Vol. 40(3):535-42.
53. Rendu-Simon L. Enquête sur la motivation à l'arrêt du tabac en médecine générale [Thèse d'exercice]. Paris: Université René Descartes; 2003.
54. Peyron A. Arrêt du tabac vu par des patients sevrés et fumeurs actifs [Thèse d'exercice]. Saint-Etienne: Université Jean Monnet; 2018.
55. Hurier J. Vécu de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse : étude qualitative auprès de femmes en post partum dans la Somme [Thèse d'exercice]. Amiens: Université de Picardie Jules Verne; 2019.
56. Artaud L, Berger-By M, Biboud A-C, Bouha H, Bruyère I, Goutin C, et al. Étude sur le tabagisme féminin. Lyon: ADES 69; 2007.
57. Manfredi C. Le Tabagisme de la femme jeune : déterminants, représentations et état actuel des connaissances [Thèse d'exercice]. Lyon: Université Claude Bernard; 2008.
58. Boumendil L. Observation des facteurs impliqués dans l'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale [Thèse d'exercice]. Créteil: Université de Paris-Val-de-Marne; 2005.
59. Galeu A. Broncho-pneumopathie chronique obstructive (B.P.C.O.) cancer pulmonaire et tabagisme : perception des patients d'un cabinet de médecine générale et propositions

- d'optimisation de la prise en charge tabacologique [Thèse d'exercice]. Lille: Université du droit et de la santé; 2007.
60. Dumas A. Tabac, grossesse et allaitement : exposition, connaissances et perceptions des risques. Numéro Thématique Journ Mond Tab. 29 mai 2015;(17-18):301-7.
61. Girard A. La place de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique : le point de vue des utilisateurs et sa place en médecine générale. Enquête auprès de 1764 utilisateurs de cigarette électronique [Thèse d'exercice]. Caen: Université de Caen Normandie; 2018.
62. Girardot L, Boumedién D, Magar Y, Abdennbi K. Aide au sevrage tabagique en médecine générale. Santé Éducation. sept 2016;26:14-7.
63. Blanchard F. Différents paramètres du sevrage tabagique en médecine générale : Etude descriptive auprès de 267 patients dans trois cabinets Bas-Rhinois [Thèse d'exercice]. Strasbourg: Université de Strasbourg, Faculté de médecine; 2014.
64. Tovenà L. "Vapoter" pour ne plus fumer : attentes et vécus des adultes sur le sevrage tabagique avec la cigarette électronique : étude qualitative à partir de 18 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. Lyon: Université de Claude Bernard; 2016.
65. Vezi D. Motivations à l'usage de la cigarette électronique selon le «degré de dépendance des fumeurs» Enquête auprès de 1195 utilisateurs [Thèse d'exercice]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016.
66. Fontaine A, Artigas F. Étude qualitative auprès des utilisateurs de cigarette électronique : pratiques, usages, représentations. Sante Publique (Bucur). 2017;Vol. 29(6):793-801.
67. Aviano T. De la cigarette manufacturée à la cigarette électronique : ressenti des patients sur un usage exclusif en soins primaires : étude qualitative sur une population de patients fumeurs, vapo-fumeurs et vapoteurs exclusifs du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. Lille: Université du droit et de la santé; 2019.
68. Didier N. Influence de la cigarette électronique sur les modifications de comportements et de perceptions vis à vis du tabac [Thèse d'exercice]. Créteil: Université Paris Est Créteil; 2017.
69. Storet C. L'incertitude des patients face à la cigarette électronique dans le sevrage tabagique [Thèse d'exercice]. Lille: Université du droit et de la santé; 2016.
70. Cayran K. Etat des connaissances et représentations de la cigarette électronique en région parisienne : étude quantitative réalisée auprès de 201 patients d'Île-de-France [Thèse d'exercice]. Paris: Université Paris-Sud; 2016.

71. Gaillard C. Motivations, comportements et représentations des consommateurs de cigarette électronique : étude qualitative auprès de vapoteurs dans le Puy de Dôme en 2015 [Thèse d'exercice]. Clermont-Ferrand: Université de Clermont I; 2015.
72. Nel L. Sevrage tabagique : étude des connaissances et des idées fausses des fumeurs, mise en place de réunions d'information et rôle du pharmacien [Thèse d'exercice]. Paris: Université Paris Descartes; 2016.
73. Colas M. Perception des patchs nicotiques par les différents intervenants impliqués dans le sevrage tabagique [Thèse d'exercice]. Paris: Université Paris-Sud; 2012.
74. Guilbaud G. Conseil minimal de sevrage tabagique par le médecin généraliste [Ressource électronique] : point de vue de 406 personnes du pays d'Ancenis [Thèse d'exercice]. Nantes: Université de Nantes; 2007.
75. Huteau ME, Baussard L, Moutet AL, Morichaud A, Stoebner-Delbarre A. Sevrage tabagique en cancérologie : que nous apprennent les patients? Perspectives pour l'ETP. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. 1 déc 2016;8(2):20108.
76. Safdar N, Abbo LM, Knobloch MJ, Seo SK. Research Methods in Healthcare Epidemiology: Survey and Qualitative Research. Infect Control Hosp Epidemiol. 2016;37(11):12727.
77. Marques C, Quatremère G, Guignard R, Andler R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Focus. Les fumeurs français : qui sont-ils ? Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2020;(14):291-4.
78. Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V ; le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(14-15):265-73.
79. Labarthe G. Les consultations et visites de médecins généralistes, un essai de typologie. Études et Résultats. Juin 2004;315.
80. Mays D, Gilman SE, Rende R, Luta G, Tercyak KP, Niaura RS. Parental Smoking Exposure and Adolescent Smoking Trajectories. PEDIATRICS. 1 juin 2014;133(6):983-91.
81. Kandel DB, Griesler PC, Hu M-C. Intergenerational Patterns of Smoking and Nicotine Dependence Among US Adolescents. Am J Public Health. Nov 2015;105(11):e63-72.
82. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S. Les drogues à 17 ans : Analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. Tendances n°123, OFDT. 2018, 8 p.
83. Gremy I, Halfen S, Sasco A, Slama K. Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac. Actual Doss En Santé Publique. 2002;(40):53-6.

84. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang J-L, Milenković D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ*. 24 janv 2018;j5855.
85. Oelsner EC, Balte PP, Bhatt SP, Cassano PA, Couper D, Folsom AR, et al. Lung function decline in former smokers and low-intensity current smokers: a secondary data analysis of the NHLBI Pooled Cohorts Study. *The Lancet Respiratory Medicine*. janv 2020;8(1):34-44.
86. Doll R, Peto R. Cigarette smoking and bronchial carcinoma: dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1 déc 1978;32(4):303-13.
87. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*. 2004;83:1-1438.
88. Hugues Gromaire M, Cohen JM, Freins et leviers au sevrage tabagique gravidique : enquête qualitative par entretiens semi dirigés de 22 femmes enceintes des Alpes Maritimes [Thèse d'exercice]. Université de Nice; 2012.
89. Hurier J. Vécu de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse : étude qualitative auprès de femmes en post partum dans la Somme. *Médecine humaine et pathologie*. 2019.
90. Artaud L, Berger-By M, Biboud A-C, Bouha H, Bruyère I, Goutin C, et al. Étude sur le tabagisme féminin. Lyon: ADES 69; 2007.
91. Dumas A. Tabac, grossesse et allaitement : exposition, connaissances et perceptions des risques. Numéro Thématique *Journ Mond Tab*. 29 mai 2015;(17-18):301-7.
92. Jandard A. Perception des effets délétères du tabagisme sur la grossesse par les femmes nulligestes [Thèse d'exercice]. Université de St Etienne; 2016.
93. Serrokh R, Hubens V, Prevost M. Signaux de fumée : le difficile cheminement du sevrage tabagique. *Educ SANTE*. Mars 2009;(243):6-11.
94. Matte A-L. Attentes des adolescents isariens concernant la prévention du tabagisme en médecine générale : analyse qualitative. *Médecine humaine et pathologie*. 2018.
95. Couanon Chaudat A, Moula H. Le sevrage tabagique en médecine générale : enquête comparative menée dans le quatorzième arrondissement auprès de 66 médecins généralistes et 55 patients fumeurs [Thèse d'exercice]. Paris; 1995.
96. Guignard R., Beck F., Richard J-B., Peretti-Watel P. Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres santé. Fev 2014, 56 p.

97. Masefield S, Powell P, Jiménez-Ruiz C, Hajek P, Lewis K, Andreas S, et al. Recommendations to improve smoking cessation outcomes from people with lung conditions who smoke. *ERJ Open Res.* 27 avr 2016;2(2).

## Table des figures

---

Figure 1 : Prévalence (en %) du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans en France, entre 2000 et 2019.....	8
Figure 2 : Modèle de changement de comportement d'après Prochaska et DiClemente.....	10
Figure 3 : Test de Fagerström simplifié.....	11
Figure 4 : Symptômes de sevrage à la nicotine et conseils pour les limiter .....	13
Figure 5 : Répartition des patients inclus par catégories d'âge.....	26
Figure 6 : Âge de la première cigarette .....	28
Figure 7 : Répartition des patients selon s'ils se sentaient ou non sous l'emprise d'une drogue en fumant.....	32
Figure 8 : Représentation de l'existence ou non d'un impact négatif du tabagisme sur l'entourage	33
Figure 9 : Représentation du seuil de dangerosité des cigarettes sur la santé.....	34
Figure 10 : Attentes des patients fumeurs sur la prise en charge du tabagisme par leur médecin généraliste.....	36

Sauf mention contraire, les figures sont de l'auteure.

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Nombre de patients inclus par médecin .....	25
Tableau 2 : Répartition des patients inclus par catégories socio-professionnelles .....	27
Tableau 3 : Nombres de cigarettes fumées par jour selon le genre.....	29
Tableau 4 : Principales sources d'informations sur le tabagisme pour les patients .....	29
Tableau 5 : Motivations à commencer à fumer.....	30
Tableau 6 : Principales motivations à commencer à fumer selon l'âge de la première cigarette .....	30
Tableau 7 : Motivations à continuer à fumer .....	31
Tableau 8 : Les principales motivations à continuer à fumer en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour.....	31
Tableau 9 : Représentation du tabac comme une drogue selon le nombre de cigarettes fumées par jour .....	32
Tableau 10 : « Vous sentez-vous suffisamment informés des risques du tabagisme pendant la grossesse » selon le genre .....	34
Tableau 11 : Connaissances sur l'utilisation possible ou non des substituts nicotiques pendant la grossesse selon le genre .....	35

Sauf mention contraire, les tableaux sont de l'auteur.

# Annexes

## Annexe 1 : Avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins



LP : 2C 165 200 6423 1



SFMG  
DOCTEUR PHILIPPE BOISNAULT  
DOCTEUR DIDIER DUHOT  
141 AVENUE DE VERDUN  
92130 ISSY LES MOULINEAUX

**Service Relations Médecins-Industries**

Dossier suivi par: Marie-Pierre Coutanceau

N° TEL: 01.53.89.32.84

Email: [coutanceau.marie-pierre@cn.medecin.fr](mailto:coutanceau.marie-pierre@cn.medecin.fr)

Référence dossier CNOM: 20-198-017

Paris, le 9 octobre 2020

**Objet : Notification d'avis**

Chers Confrères,

Nous accusons réception en date du 22 septembre 2020 de votre courrier faisant suite à l'avis du 4 août 2020 relatif à l'étude sous l'intitulé :

**Etude visant à confronter les représentations des médecins sur le tabagisme et la prise en charge de leurs patients fumeurs aux représentations, demandes et attentes de ces patients**

**SEISME-TABAC**

La Commission Ordinale, ayant examiné les informations complémentaires transmises, émet un avis favorable sur votre dossier.

Elle vous confirme, en outre, que la SFMG doit déclarer les médecins sur le site public dédié : [www.entreprises-transparence.sante.gouv.fr](http://www.entreprises-transparence.sante.gouv.fr) si elle les rémunère avec des fonds venant en partie de l'industrie pharmaceutique. Si la rémunération est assurée en totalité par un industriel, il peut lui être demandé d'effectuer cette déclaration.

Nous vous rappelons que conformément à l'article L 4113-6 du code de la santé publique, vous êtes tenus de faire connaître à l'Ordre si la convention a été mise en application.

**Pour toute correspondance, il est indispensable de renseigner la référence dossier CNOM et de rappeler l'identité du gestionnaire de votre dossier au service RMI ; à défaut, le courrier ne pourra pas être traité. Vous pouvez trouver ces informations dans le bloc d'en-tête de notre courrier.**

Veuillez agréer, Chers Confrères, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Président de la Commission  
Professeur Dominique BERTRAND

*Le dossier que vous nous avez adressé fait l'objet d'une saisie sur fichier informatique. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 (article 27), les médecins concernés disposent d'un droit d'accès et de rectification du dossier les concernant auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins.*

04, rue Léon Jost - 75855 Paris CEDEX 17

Tél. 01.53.89.32.00 - Fax : 01.53.89.32.01

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

Page:2691-1/2 Pli:878 Anxaucun Spa:3994660 (Pli:841183849

## Annexe 2 : Déclaration CNIL



Référence CNIL :

2219296 v 0

### Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 15 septembre 2020

Monsieur Didier DUHOT  
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE  
GÉNÉRALE  
141 AVENUE DE VERDUN  
92130 ISSY LES MOULINEAUX

#### ORGANISME DÉCLARANT

**Nom :** SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE  
MÉDECINE GÉNÉRALE

**Service :**

**Adresse :** 141 AVENUE DE VERDUN

**CP :** 92130

**Ville :** ISSY LES MOULINEAUX

**N° SIREN/SIRET :** 785150897 00052

**Code NAF ou APE :** 9499Z

**Tél. :** 0632799559

**Fax. :**

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 18 septembre 2020

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

*Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.*

*Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>*

## Annexe 3 : Questionnaire patient

### Questionnaire Seisme Tabac Patient

#### Données administratives

A1. Votre identifiant

001/a

A2. Vous êtes

- Une femme  Un homme

A3. Quel âge avez-vous ?

\ \_ \_ \_ \_ \_ \ ans

A4. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?  
(1 réponse)

- Agriculteurs exploitants  
 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise  
 Cadres  
 Professions intermédiaires  
 Employés  
 Ouvriers  
 Retraités  
 Autres personnes sans activité professionnelle  
 Etudiants  
 Autre

A5. Souffrez-vous d'une ou plusieurs des pathologies suivantes ? (plusieurs réponses possibles)

- Hypertension  
 Diabète  
 Accident vasculaire cérébral (paralysie d'un membre ou d'un côté du corps)  
 Cancer du poumon ou des voies aériennes supérieures (ORL)  
 Infarctus du myocarde  
 Asthme ou bronchite chronique ou emphysème  
 Anxiété et/ou dépression  
 Artérite des membres inférieurs  
 Je ne souffre d'aucune de ces pathologies

#### Consommation de tabac

B1. Un de vos parents fumait-il pendant votre jeunesse ? (1 réponse)

- Oui, un des deux  
 Oui, les deux  
 Non, aucun ne fumait

B2. A quel âge avez-vous consommé votre première cigarette ?

ans

B3. Pourquoi avez-vous commencé à fumer ? (3 réponses maximum)

- Parce que la cigarette était à la mode  
 Pour contrôler mon poids  
 Pour contrôler le stress  
 Pour augmenter la confiance en soi  
 Pour se détendre  
 Pour lutter contre l'ennui  
 Pour imiter mes parents  
 Autre

B4. Depuis combien de temps fumez-vous de manière régulière ? (1 réponse)

- Moins d'un an  
 Entre 1 et 5 ans  
 Entre 6 et 10 ans  
 Entre 11 et 20 ans  
 Plus de 20 ans

B5. Quelle quantité fumez-vous ces derniers temps ? (1 réponse)

- Occasionnellement  
 Moins de 5 cigarettes par jour  
 Entre 5 et 10 cigarettes par jour  
 Entre 11 et 20 cigarettes par jour  
 Entre 21 et 40 cigarettes par jour  
 Plus de 40 cigarettes par jour

B6. Quelles sont les principales raisons qui vous poussent à continuer de fumer ? (3 réponses maximum)

- Pour être avec les autres (moyen de socialisation)  
 Pour faire face au stress  
 Par plaisir  
 Par habitude  
 Par ennui  
 Par dépendance  
 À la place d'une autre drogue ou d'un comportement addictif  
 Autre

## Questionnaire Seisme Tabac Patient

B7. Quelles sont vos principales sources d'informations sur le tabac et le sevrage tabagique ? (3 réponses maximum)

- Mon médecin généraliste
- Tabac info service
- Les réseaux sociaux
- Les campagnes anti-tabac
- Mon entourage
- Mon pharmacien
- Autre

### Représentations

C1. Pensez-vous être sous l'emprise d'une drogue en fumant ? (1 réponse)

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

C2. Pensez-vous que votre tabagisme pourrait avoir un effet négatif sur votre entourage ? (1 réponse)

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

C3. Selon vous, à partir de combien de cigarette(s) par jour la consommation de tabac devient-elle dangereuse pour la santé ? (1 réponse)

- Dès la première cigarette
- Entre 5 et 10 cigarettes par jour
- Entre 10 et 20 cigarettes par jour
- Au-delà de 20 cigarettes par jour

C4. Selon vous, le tabagisme a-t-il un impact sur (1 réponse)

- La fertilité masculine, seulement
- La fertilité féminine, seulement
- Les deux
- Le tabagisme n'a pas d'impact sur la fertilité

C5. Pensez-vous être suffisamment informé(e) sur les risques du tabac sur le fœtus pendant la grossesse ? (1 réponse)

- Oui
- Plutôt oui

- Plutôt non
- Non

C6. Que pensez-vous de l'utilisation des patchs, gommes, pastilles et spray nicotiques pendant la grossesse chez une fumeuse ? (1 réponse)

- Leur utilisation est possible
- Leur utilisation est recommandée
- Leur utilisation est dangereuse
- Je ne sais pas

C7. Si votre généraliste fume, cela a-t-il un impact sur sa légitimité à vous prendre en charge pour le tabac ? (1 réponse)

- Je préfère ne pas le savoir
- Non, cela m'est égal
- Oui, je trouverais mon généraliste moins crédible
- Oui, je serais rassuré
- Autre

C8. Qu'attendez-vous de la prise en charge du tabagisme par votre médecin généraliste ? (3 réponses maximum)

- La compréhension de la difficulté de l'arrêt
- L'absence de jugement
- Une information sur les différents moyens de sevrage disponibles
- Une prise en charge psychologique
- Des conseils
- Un accompagnement dans le temps
- Une écoute bienveillante
- Des moyens de gérer son stress
- Je n'ai aucune attente particulière
- Autre

### Sevrage

D1. L'augmentation du prix des cigarettes vous incite-t-elle à (1 réponse)

- Arrêter de fumer
- Diminuer votre consommation de cigarette
- Cela ne change pas mes habitudes de consommation

## Questionnaire Seisme Tabac Patient

D2. Pensez-vous que la mauvaise image du tabac et des fumeurs dans la société vous pousse à arrêter de fumer ? (1 réponse)

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

D3. Avez-vous été encouragé(e) à arrêter de fumer surtout par (3 réponses maximum)

- Mon médecin traitant
- Un autre médecin
- Mon pharmacien
- Un autre professionnel de santé
- Mon entourage
- Les campagnes de communication anti-tabac
- Je n'ai pas été encouragé(e) à arrêter de fumer

D4. A quelle occasion votre médecin traitant a-t-il abordé la question du tabac ? (1 réponse)

- Jusqu'à présent il ne m'en n'a pas parlé
- J'ai l'impression qu'il attend que je fasse le premier pas
- Uniquement quand je lui demande
- Régulièrement
- Trop souvent à mon goût

D5. Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer ? (1 réponse)

- Une seule fois
- A plusieurs reprises
- Non, aucune tentative d'arrêt jusqu'à présent

D6. Où en êtes-vous ce jour avec l'arrêt du tabac ? (1 réponse)

- Je n'envisage pas d'arrêter de fumer
- J'y pense de temps en temps
- Je l'envisage sérieusement
- Je vais entreprendre une démarche d'arrêt rapidement
- J'ai engagé une démarche de sevrage tabagique

D7. Si vous envisager d'arrêter de fumer ou avez arrêté de fumer même brièvement auparavant, quelles sont ou ont été vos principales motivations ? (3 réponses maximum)

- La santé (maladies graves, troubles de la fertilité)
- Le risque pour l'entourage

- L'aspect physique (dents et doigts jaunes, accentuation rides, teint gris déformation de la voix)
- La liberté retrouvée
- Le coût
- L'estime de soi
- L'image sociale
- Je n'envisage pas d'arrêter de fumer
- Autre

D8. Si vous envisagez un sevrage, allez-vous le faire (2 réponses maximum)

- Seul(e)
- Avec l'aide de mon généraliste
- Avec un addictologue
- Avec un autre médecin
- Avec un infirmier
- Avec un pharmacien
- Avec un autre soignant
- Par Internet
- Je ne suis pas concerné(e)

D9. Si vous avez déjà réalisé un sevrage, c'était (2 réponses maximum)

- Seul(e)
- Avec mon généraliste
- Avec un addictologue
- Avec un autre médecin
- Avec un infirmier
- Avec un pharmacien
- Avec un autre soignant
- Par Internet
- Je ne suis pas concerné(e)

D10. Si vous envisagez un sevrage, pensez-vous utiliser (3 réponses maximum)

- Patches, gommes, pastilles ou spray nicotiques
- Autres médicaments recommandés (Varenicline, Bupropion)
- Produits naturels (homéopathie, phytothérapie...)
- Techniques psycho-corporelles : relaxation, hypnose, acupuncture, sophrologie...
- Cigarette électronique
- Aucun de ces moyens

## Questionnaire Seisme Tabac Patient

D11. Lors de votre dernier sevrage, avez-vous utilisé (3 réponses maximum)

- Patches, gommes, pastilles ou spray nicotiques
- Autres médicaments recommandés (Varenicline, Bupropion)
- Produits naturels (homéopathie, phytothérapie...)
- Techniques psycho-corporelles : relaxation, hypnose, acupuncture, sophrologie...
- Cigarette électronique
- Aucun de ces moyens

D12. Quelles sont vos craintes liées au sevrage tabagique ? (3 réponses maximum)

- La sensation de manque
- L'anxiété, l'irritabilité
- Les troubles du sommeil
- La peur de l'échec
- La prise de poids
- Le coût du traitement substitutif
- La peur d'être davantage malade
- La réaction de mon entourage et de mes proches
- L'éloignement de mes amis
- La perte de la vie sociale au travail (pause-café)
- Aucune crainte

D13. Vous sentez-vous suffisamment informé(e) sur les moyens disponibles de sevrage ? (1 réponse)

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

D14. A votre avis, les substituts nicotiques sont-ils remboursés par la sécurité sociale ? (1 réponse)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

D15. Quelle(s) serait(ent) pour vous la ou les principales causes d'un échec possible de sevrage ? (3 réponses maximum)

- Un manque de suivi
- Un décès
- Une rupture sentimentale
- Des événements de vie stressants

- Un manque de motivation
- Des inconvénients du sevrage qui perdurent
- L'environnement social (entourage ou amis fumeurs)
- L'alcool festif
- Autre

D16. Si vous utilisez la cigarette électronique ou pensez l'utiliser un jour, pour quelle(s) raison(s) le faites-vous ? (3 réponses maximum)

- Pour les différents goûts disponibles
- Pour le prix
- Pour diminuer ou arrêter le tabac
- Pour fumer même dans des endroits où le tabac est interdit
- Pour l'attractivité, le côté à la mode
- Pour la gestuelle
- Je ne pense pas que la cigarette électronique soit un moyen d'arrêter de fumer

D17. Pensez-vous que la cigarette électronique a des effets négatifs ? (1 réponse)

- Oui
- Non
- Le recul sur la toxicité est insuffisant pour avoir un avis
- Je ne sais pas

D18. Votre dépendance au tabac a-t-elle été évaluée grâce à une échelle type Fagerstrom par (plusieurs réponses possibles)

- Vous-même
- Votre médecin
- Un autre soignant
- Ma dépendance n'a pas été évaluée

D19. L'impact du tabac sur votre respiration a-t-il été mesuré grâce à un test de Monoxyde de carbone (Co) expiré par votre médecin ou un autre soignant ?

- Oui
- Non

D20. Avez-vous vu une affiche concernant le tabac dans la salle d'attente ou le bureau du médecin

- Oui
- Non

## Annexe 4 : Document d'information aux patients

### Etude SEISME-tabac

La consommation de tabac entraîne partout dans le monde de nombreux problèmes de santé et est responsable de cancers, de maladies respiratoires et de maladies cardiovasculaires.

Les politiques de santé publique favorisent l'arrêt du tabac chez un nombre important de consommateurs. L'accompagnement par son médecin traitant est un soutien important pour mener à bien ce sevrage. Il est donc important de connaître précisément les conditions optimales pour accompagner le sevrage des personnes désirant arrêter leur consommation de tabac.

#### Qui organise cette étude ?

Ce projet a été initié et est conduit par la Société Française de Médecine Générale. Il est soutenu financièrement grâce à une convention de partenariat de recherche avec le laboratoire Pfizer dont c'est le seul rôle.

Votre médecin a été choisi pour participer à cette étude.

#### Quel est son objectif ?

L'objectif de l'étude SEISME-tabac est de confronter les représentations, demandes et attentes des patients tabagiques aux représentations des médecins sur ce sujet.

#### Que dois-je faire ?

Si vous décidez de participer, votre docteur vous demandera de signer ce formulaire stipulant que vous êtes d'accord avec les principes de l'étude.

Vous devrez répondre à un questionnaire papier ou Internet selon votre choix

#### Qui peut participer ?

Cette étude est destinée aux personnes adultes consommateurs de tabac.

#### Suis-je obligé d'y participer et cela affecte-t-il mes droits ?

Il vous appartient de décider de participer ou non à cette étude. Si vous ne désirez pas participer l'attention médicale dont vous bénéficiez ne sera en aucun cas affectée.

Les données sont recueillies de manière anonyme et ne permettront pas au promoteur de l'étude de remonter jusqu'à vous. Votre médecin n'aura pas accès à vos réponses.

#### Que dois-je faire ?

**Si votre médecin vous propose de participer à cette étude : acceptez !**

#### Avez-vous des questions ?

Si vous avez des questions concernant cette étude, parlez-en à votre médecin ; vous pouvez également poser vos questions à la SFMG à l'adresse : [sfm@sfmg.org](mailto:sfm@sfmg.org)

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire ce document et d'envisager de participer à SEISME tabac.

Dr Philippe Boisnault  
Président de la SFMG



Dr Didier Duhot  
Directeur de l'étude SEISME Tabac



## Annexe 5 : Formulaire de consentement à signer par le patient



Société Française de Médecine Générale

sfmfg@sfmg.org  
www.sfmfg.org

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

#### *Étude SEISME tabac*

Je, .....  
(NOM et Prénom)

Âgé(e) de ..... ans :

1. J'ai été informé(e) de cette étude,
2. J'ai pris connaissance de la fiche d'information et reconnais avoir eu le temps de réflexion qui m'était nécessaire pour prendre ma décision,
3. J'ai pu poser des questions concernant l'étude,
4. J'ai reçu suffisamment d'informations sur l'étude,
5. Je comprends que ma participation à l'étude est de nature volontaire et ne dure que le temps de remplir le questionnaire.

Je donne librement mon consentement pour :

1. que mes réponses au questionnaire soient utilisées (anonymement) pour étudier les représentations, demandes et attentes des patients tabagiques aux représentations des médecins sur ce sujet.

J'ai compris que je pouvais me retirer de l'étude si je le désirais, à n'importe quel moment, sans avoir à donner d'explication et sans répercussion sur ma prise en charge médicale, et que je conserve l'ensemble des droits garantis par la loi.

Fait en deux exemplaires, dont l'un est remis au patient et l'autre sera gardé pendant 15 ans par le médecin investigateur de l'étude.

**Signature du patient**

**Signature du médecin (1)**

**Date :**

- (1) Je soussigné certifie que la personne mentionnée ci-dessus remplit les critères d'inclusion et a reçu une information écrite et orale au sujet de l'étude.

## Permis d'imprimer

---

Vu, la Présidente de thèse  
Université de Paris  
Professeure Isabelle Aubin-Auger

Vu, le Doyen de l'UFR de Médecine  
Université de Paris  
Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date :

Vu, la Présidente d'Université de Paris  
Professeure Christine CLERICI

Pour la Présidente et par délégation,  
Le Doyen Philippe RUSZNIEWSKI

## **Identification par une étude quantitative des habitudes de consommation, des motivations à fumer et des représentations du tabagisme chez les patients fumeurs**

### **Résumé :**

**Contexte** - Les patients ont leurs propres motivations à fumer et représentations du tabagisme, qui peuvent différer de celles des médecins généralistes, constituant ainsi des difficultés dans leur prise en charge.

**Méthode** - L'objectif de l'étude était d'identifier par une analyse observationnelle descriptive quantitative les habitudes de consommation, les motivations à fumer et les représentations du tabagisme chez les fumeurs majeurs français par un questionnaire distribué par les médecins généralistes français recrutés dans l'étude.

**Résultats** - 269 patients ont été inclus par les 122 généralistes recrutés. Les patients avaient commencé à fumer par effet de mode à 65 % mais ils continuaient par habitude à 58 %, par dépendance à 57 %, pour faire face au stress à 43 % et par plaisir à 39 %. Les patients qui fumaient moins de 5 cigarettes par jour fumaient plus par plaisir ( $p < 0,05$ ) au contraire des autres qui fumaient plus par dépendance ( $p < 0,05$ ). Parmi les patients, 61 % attendaient de leur médecin traitant la compréhension de la difficulté de l'arrêt, 34 % souhaitaient une absence de jugement et 32 % une information sur les différents moyens de sevrage disponible. Pour 79 % des patients, le tabagisme avait des effets négatifs sur leur entourage et 62 % des fumeurs interrogés connaissait l'absence d'un seuil de dangerosité du tabac. Les patients interrogés se sentaient bien informés sur les risques du tabac pendant la grossesse à 69 % mais 48 % ne savaient pas si l'utilisation des TNS étaient possible pendant la grossesse.

**Conclusion** - Une meilleure connaissance des motivations à fumer et des représentations du tabagisme permet d'ouvrir des pistes d'amélioration dans la prise en charge du tabagisme en médecine générale. En particulier, l'information devrait se poursuivre sur les effets du tabagisme passif, l'absence de seuil de dangerosité du tabac et l'innocuité des substituts nicotiniques même utilisés pendant la grossesse.

**Spécialité** : DES de Médecine Générale

**Mots clés français** : Tabac, Arrêter de fumer, Médecine générale, Connaissances, attitudes et pratiques en santé, Perception

**Forme ou Genre** : [fMeSH : Dissertation universitaire](#) ; [Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

Université de Paris  
UFR de médecine– Site Bichat  
16, rue Henri Huchard 75018 Paris