

UFR SMBH Santé, Médecine et Biologie Humaine

FACULTE DE MEDECINE DE BOBIGNY

Année 2021

N°

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Par

**Laura Chériaux**

Né le 11/10/1991 à Montmorency

Présentée et soutenue publiquement le 5 janvier 2021

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.

**Jury**

**Président de jury :** Pr ADNET Frédéric, Chef de service, SAU, Hôpital Avicenne, APHP  
**Directeur de Thèse :** Dr DUHOT Didier, MCA-MG, CMS Cornet, Pantin  
**Membres du jury :** Pr LE STRAT Yann, PU-PH, Addictologie, Hôpital Louis Mourier, APHP  
Dr GILLE Thomas, MCU-PH Pneumologie, Hôpital Avicenne, APHP

# AVERTISSEMENT

---

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
Celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

# REMERCIEMENTS

---

**Merci au Professeur Frédéric Adnet pour me faire l'honneur de présider cette thèse.**

**Merci au Docteur Didier Duhot, pour avoir dirigé cette thèse et sans qui ce beau travail n'aurait pu voir le jour.**

**Mes plus sincères remerciements au Professeur Yann Le Strat et au Docteur Thomas Gille pour avoir accepté de juger mon travail aujourd'hui.**

**Merci à la SFGM pour m'avoir permis d'intégrer le Copil de cette étude.**

## Remerciements personnels :

*A mes parents, soutien éternel... à leur patience et leur amour inébranlable. Sans vous, rien de tout ceci n'aurait pu être possible.*

*A Matthieu mon amour. A ce beau chemin parcouru ensemble, aux belles années à venir à tes côtés. A nos horaires improbables et nos nombreux fous rires.*

*A mes regrettés Nonna et Gégène, qui n'ont pu me voir que bébé externe mais dont la bienveillance me suivra toujours.*

*Au reste de la famille Chériaux et Citrini : à mes Celtes et Etrusques préférés.*

*Aux bros Florent, Vince et Marco, sans qui ces nombreuses années n'auraient pas été legendary*

*Aux amis qui rendent cette vie toujours plus drôle, toujours plus belle : Zoé, Louise, Maud, Alex, Sego, Coco, Pauline, Maria, Luca, Alice, à la fine équipe de Debré avec Messieurs Prieu et Bacquet, aux Guigui, à Rossana, Caro et Binetti. Et à tous ceux que j'ai oublié...*

# ABREVIATIONS

---

**AOMI** (Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs)

**BIUM** (Bibliothèque Inter-Universitaire de médecine)

**BPCO** (Broncho-pneumopathie chronique obstructive)

**CE** (Cigarette électronique)

**EM** (Entretien motivationnel)

**ES** (Effets secondaires)

**ETP** (Education Thérapeutique du Patient)

**HAS** (Haute Autorité de Santé)

**OFDT** (Observatoire Français des drogues et toxicomanies)

**OMS** (Organisation Mondiale de la Santé)

**ORL** (Oto-rhino-laryngologie)

**MG** (Médecin généraliste)

**PNRT** (Programme National de Réduction du Tabagisme)

**SDF** (Sans domicile fixe)

**SFMG** (Société Française de médecine générale)

**TNS** (Traitement nicotinique substitutif)

**TCC** (Thérapies cognitives et comportementales)

# SOMMAIRE

---

AVERTISSEMENT .....	- 2 -
REMERCIEMENTS .....	- 3 -
ABREVIATIONS .....	- 4 -
SOMMAIRE .....	- 5 -
PREFACE .....	- 6 -
INTRODUCTION.....	- 15 -
MATÉRIEL ET MÉTHODES .....	- 17 -
RÉSULTATS .....	- 19 -
Les motivations à fumer.....	- 21 -
Les motivations et freins au sevrage .....	- 24 -
Les aides au sevrage.....	- 28 -
<i>La cigarette électronique</i> .....	- 28 -
<i>Les substituts nicotiniques</i> .....	- 29 -
<i>Les médecines alternatives</i> .....	- 30 -
<i>Les autres aides</i> .....	- 30 -
Le médecin généraliste dans la prise en charge de l’addiction au tabac .....	- 32 -
DISCUSSION .....	- 35 -
CONCLUSION .....	- 40 -
BIBLIOGRAPHIE .....	- 41 -
ANNEXES .....	- 50 -
Annexe 1 : Checklist PRISMA .....	- 50 -
Annexe 2 : Grille d’extraction des données .....	- 52 -
Annexe 3 : Tableaux des articles inclus dans la synthèse .....	- 53 -
SERMENT D’HIPPOCRATE .....	- 69 -
RÉSUMÉ.....	- 70 -

# PREFACE

---

Le tabagisme tue chaque année dans le monde plus de 8 millions de personnes : 7 millions du tabagisme actif ou ancien et 1,2 millions du tabagisme passif dont 65 000 enfants (1).

En France, 1 décès sur 8 est directement imputable au tabac malgré des politiques de plus en plus impliquées dans la lutte anti-tabac depuis plus de 40 ans (2). Tous les ans, 75 000 personnes meurent en France du tabagisme : un fumeur régulier sur 2 meurt prématurément et son espérance de vie est écourtée d'une vingtaine d'années (3-5). La consommation de tabac est ainsi en 2019 la première cause de mortalité évitable et de mortalité avant 65 ans (3,4,6).

Les 4 000 composés chimiques toxiques présents dans le tabac sont responsables de nombreuses pathologies expliquant cette mortalité évitable (6). En France, un cancer sur 3 est lié au tabac, ce qui en fait la première cause de cancer (6). La majorité des cancers du poumon est liée au tabagisme (95 %) : 90 % sont liés au tabagisme actif et 5 % au tabagisme passif (3,6). Le tabac favorise également d'autres types de cancers : de la sphère ORL, de la vessie, du pancréas, des reins (3,6)... Il est un important pourvoyeur de pathologies cardiovasculaires. Il augmente ainsi le risque d'infarctus du myocarde, d'AOMI, d'anévrismes ou d'HTA (3,6). Il favorise les pathologies pulmonaires dont la BPCO évoluant vers l'insuffisance respiratoire chronique en son stade avancé (3,6). De nombreuses autres pathologies sont liées ou aggravées par le tabagisme : gastrite, ulcère, diabète de type 2, dyslipidémie, certaines pathologies inflammatoires ou auto-immunes, certaines pathologies ophtalmologiques (cataracte, dégénérescence maculaire)(3,6)... Favorisant les infections (ORL, dentaires) et altérant la cicatrisation, le tabac est responsables de pathologies diverses et variées pouvant altérer à la fois la santé et la qualité de vie du fumeur (3,6).

Chez la femme, le tabagisme a également des effets néfastes : il altère la fertilité et est responsable de complications pendant la grossesse (6). La femme fumeuse présente un risque presque doublé par rapport à la non fumeuse de grossesses extra utérines, d'hématome retro-placentaire, de placenta prævia, de rupture prématurée des membranes (6). Fumer présente enfin des conséquences pour l'enfant à naître. Le fœtus d'une mère fumeuse est à risque de mort fœtale in utéro, de prématurité et de retard de croissance (6). Le tabagisme maternel présente enfin des conséquences prolongées après la naissance avec une augmentation du risque de mort subite du nourrisson et de pathologies respiratoires mais aussi de dépendance à la nicotine de

l'enfant lorsqu'il aura atteint l'âge adulte (6). En plus des innombrables conséquences néfastes individuelles, fumer est toxique pour l'entourage. Le tabagisme passif augmente à la fois le risque de cancer (poumon et voies aérodigestives supérieures) mais aussi le risque de cardiopathie ischémique (6).

Les coûts liés au tabac sont donc considérables à la fois en soins de santé et inhérents à la morbi-mortalité prématurée induite (1). Dans le même temps, fumer est un vecteur de pauvreté en détournant de l'argent qui aurait pu être utilisé pour des dépenses essentielles (alimentation, logement...) (1). Devant les conséquences dramatiques du tabagisme à la fois au niveau sanitaire et au niveau social et économique, l'Etat est entré dès la fin du XXème siècle dans une véritable lutte anti-tabac.

Dès 1976, la Loi Veil a initié cette lutte, en dénonçant clairement la dangerosité du tabac et restreignant son usage dans les lieux à usage collectif (7). Elle en limitait pour la première fois la publicité, l'interdisant dans les revues de jeunesse (7,8). Elle interdisait également le parrainage des manifestations sportives par les entreprises du tabac (7,8). Elle a imposé l'ajout du premier avertissement sanitaire sur les paquets : « Abus dangereux » (7,8).

La lutte anti-tabac s'est poursuivie une vingtaine d'années plus tard avec la loi Evin de 1992 qui interdisait la publicité et la distribution gratuite de tabac (8). Les premiers programmes de prévention ont été lancés avec l'apposition sur les paquets de cigarettes du slogan « Fumer tue » ou « Nuit gravement à la santé », et via une information des élèves sur le tabac (7,8).

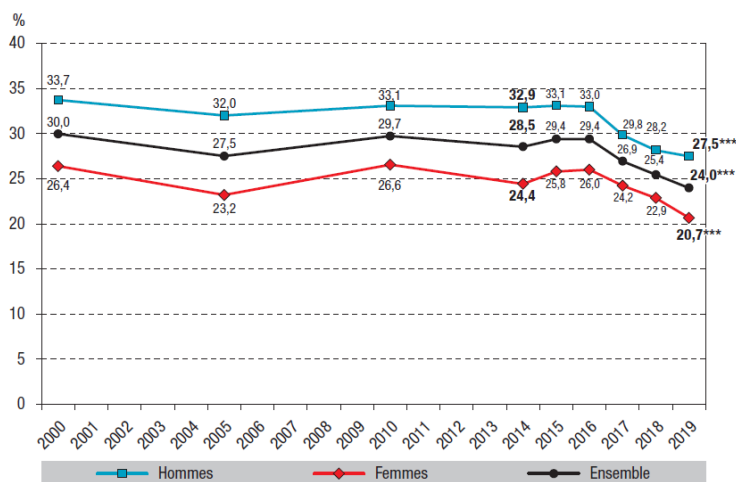
Les années 2000 ont ensuite été marquées par une interdiction de vente de tabac dans les espaces collectifs et par une limitation du tabagisme passif via l'interdiction de fumer dans les milieux collectifs et professionnels (Décrets Bertrand et Bachelot) (7,9).

La lutte anti-tabac est devenue centrale depuis 2014 avec le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT, 2014-2019) (10,11). Le PNRT intégrait pour la première fois tous les acteurs de santé dont les médecins généralistes dans la lutte contre le tabac (10,11). Le PNRT a instauré les mesures récentes anti-tabac, dont l'instauration du paquet neutre suivant l'exemple de l'Australie (9,10). Afin d'élargir l'accès aux aides au sevrage, un forfait de remboursement des substituts nicotiques de 150 € par an a été créé et tous les professionnels de santé (infirmière, sage-femme, kiné ...) sont depuis lors autorisés à prescrire ces substituts.(6)

Le Plan National de Lutte contre le Tabagisme (PNLT, 2018 2022) a poursuivi cette stratégie globale avec des objectifs de diminution du tabagisme et un objectif de première génération de non-fumeurs en 2032 (12). Une des mesures de ce Plan National était le

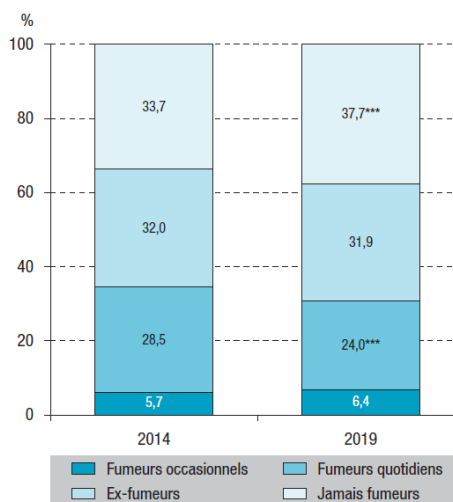
remplacement du forfait par un remboursement systématique à 65 % des substituts nicotiques comme tout médicament (12).

Depuis ces mesures, le tabagisme a baissé : on dénombre 1,6 millions de fumeurs en moins de 2016 à 2018 (2). En 2019, 24 % des 18-75 ans fument (Figure 1). On constate ainsi depuis 2014 une baisse significative de 4,5 % des fumeurs associée à une augmentation des français n’ayant jamais fumé (Figure 2). La prévalence du tabagisme quotidien en baisse parmi les femmes reste cependant importante chez les femmes enceintes avec une persistance de 17 % de tabagisme au 3<sup>ème</sup> trimestre (13).



Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018 et 2019.  
Les \* indiquent une évolution significative entre 2014 et 2019 : \*\*\* p<0,001.

**Figure 1 : Prévalence du tabagisme quotidien en France, évolution 2014-2019 (14).**



Sources : Baromètres de Santé publique France 2014 et 2019.  
Les \* indiquent une évolution significative entre 2014 et 2019 : \*\*\* p<0,001.

**Figure 2: Statut tabagique des 18-75ans en France, évolution 2014-2019 (14).**

Le sevrage tabagique présente des avantages indiscutables pour la santé à la fois immédiats et sur le long terme (6). Il diminue le risque de toutes les pathologies liées au tabac



proportionnellement à la précocité de l'arrêt (6). En moins d'un an de sevrage, la fonction respiratoire s'améliore et le risque de coronaropathies diminue de moitié jusqu'à être comparable à celui du non-fumeur après 15 ans d'arrêt (6). Après 10 ans de sevrage les risques de cancer diminuent également (6).

Malgré des politiques de santé publique efficaces avec une diminution de la prévalence du tabagisme et des bénéfices évidents à l'arrêt, 16 millions de personnes consomment du tabac en France en 2017 (11). De nombreuses aides au sevrage existent pourtant et plus de la moitié des fumeurs déclarent avoir envie d'arrêter le tabac, mais seulement 400 000 à 500 000 fumeurs réguliers y arrivent pour au moins un an (15). Parmi les fumeurs faisant une tentative de sevrage seuls sans aide 97 % échouent (4). Il serait donc important de comprendre les déterminants de ces échecs de sevrage.

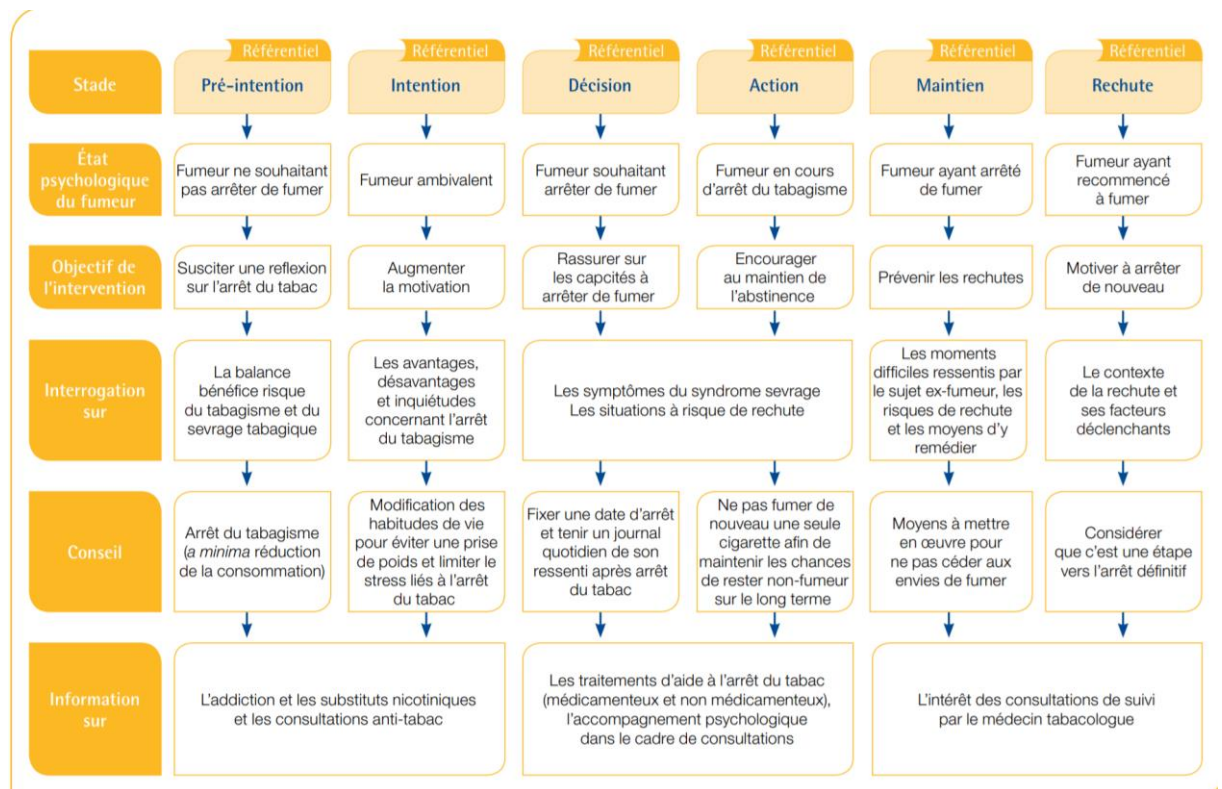
Dans le sevrage tabagique, l'accompagnement du médecin généraliste est considéré comme un facteur clé de réussite. Il aurait en plus de son rôle de prescripteur de substituts nicotiniques, un rôle majeur dans le dépistage de la consommation par le conseil minimal (Fumez-vous ? Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ?) (16). Ce rôle est particulièrement important car le médecin généraliste suit les patients souvent dès leur plus jeune âge et on sait que le risque de dépendance est d'autant plus grand que l'âge d'initiation au tabagisme est jeune (6). Une fois le dépistage du tabagisme réalisé, il a également un rôle dans l'évaluation de la dépendance. Le test le plus souvent utilisé pour mesurer l'intensité de la dépendance physique est le test de Fagerström (Fagerström Test for Nicotine Dependence). Les arguments en faveur d'une dépendance psycho-comportementale doivent également être recherchés car ceux-ci participeraient au maintien de l'addiction.

Le changement induit par un sevrage tabagique passe d'après Prochaska et Di Clemente par une succession d'étapes (16–18). Il commence par la précontemplation où l'individu ne pense pas au sevrage car il ne voit que les bénéfices de sa consommation. Il se poursuit par la contemplation : l'individu prend conscience que sa consommation est un problème, souhaiterait arrêter sans pour autant mettre en action ce souhait (ambivalence). Il est ensuite déterminé à changer et planifie son arrêt (détermination) avant de réaliser le sevrage en lui-même (action) et résister aux rechutes (maintien). Toutes ces étapes aboutissent à l'abstinence (consolidation).

Le médecin généraliste est l'intervenant central de ce changement. Il évalue la motivation du patient fumeur et repère son stade de changement pour lui proposer une aide adaptée afin

d'évoluer d'un stade vers le supérieur (Figure 3). Le médecin généraliste adapte donc sa communication et sa prise en charge de manière individuelle selon le stade de changement de son patient.

Il a enfin un rôle majeur d'accompagnement par un suivi régulier pour repérer les symptômes de sevrage prévenir les rechutes par une communication adaptée, des conseils, un soutien psychologique et un renforcement de la motivation (Figure 4).



**Figure 3 : Algorithme de l'initiation du sevrage tabagique selon la HAS(6).**

La dépendance selon la CIM-10 se définit comme « 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. Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement » (17). On comprend donc l'importance à la fois d'une approche bio-psycho-sociale avec l'évaluation du retentissement de la consommation sur tous les aspects de la vie du patient mais également l'importance du suivi au cours du sevrage réalisé par le médecin.

**Pour mémoire :** Les symptômes de sevrage à la nicotine sont les suivants :

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

**Pour mémoire :** Les conseils à donner au fumeur en cours de sevrage tabagique selon la situation peuvent être les suivants :

Problèmes rencontrés	Conseil pouvant être prodigués
Fortes envies de fumer	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Trouver quelque chose à faire</li> <li>→ Attendre deux à trois minutes, le temps que l'envie passe</li> <li>→ Respirer profondément, boire de l'eau ou manger des crudités</li> </ul>
Contrôle du stress	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Éviter ou modifier les sources de stress</li> <li>→ Modifier sa réaction au stress en utilisant des techniques de relaxation</li> </ul>
Prise de poids	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Se recentrer sur son objectif initial : prioriser l'arrêt du tabac, plutôt que le contrôle du poids avec la cigarette</li> <li>→ Adopter des habitudes telles que la pratique d'activités physiques et une alimentation équilibrée, si besoin faire appel à une consultation diététique</li> </ul>
Impact de l'environnement social	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Informer les amis fumeurs de sa décision de cesser de fumer</li> <li>→ Demander le soutien des membres de la famille, des amis et des collègues de travail</li> </ul>
Autres éléments déclencheurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Diminuer la consommation d'alcool et de café</li> <li>→ Modifier les habitudes favorisant le tabagisme</li> <li>→ Éliminer les cigarettes de son environnement (tabagisme passif)</li> </ul>

**Pour mémoire :** Fiche de soutien psychologique d'après la recommandation de bonne pratique HAS 2014 « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence », adaptée des fiches d'autoévaluation de Beck.

Événement / Situation	Émotion / Réactions	Pensée automatique	Pensée alternative
<b>Ce qui se passe</b>	<b>Ce que je ressens et fais</b>	<b>Ce que je me dis</b>	<b>Ce que je pourrais me dire d'autre</b>
Je suis chez des amis, il y a une bonne ambiance	Content, j'allume une cigarette	Juste une, pour une fois !	Tout va bien...et je risque de me faire avoir...
Mon chef (mon conjoint) m'a fait des reproches	Découragé, frustré, j'allume une cigarette	Ça va me calmer	Ça ne règle rien...et je vais avoir deux problèmes si en plus je recommence à fumer
Mon fils est tombé malade	Anxieux, stressé, j'allume une cigarette	Ce n'est pas pareil, il faut faire face	D'abord penser à me détendre et à lâcher prise. Fumer ne réglera pas les problèmes
J'ai du mal à me concentrer sur mon travail	Fatigué, abattu, je fais une pause cigarette	Ça va me stimuler	Marcher dehors pour changer d'air me fera plus de bien et me donnera le temps de réfléchir

**Figure 4 :** Sevrage tabagique : symptômes et aide possible selon la HAS (6).

L'entretien motivationnel réalisé par le médecin généraliste est notamment une méthode efficace pour augmenter l'alliance thérapeutique et renforcer la motivation vers le changement par une communication empathique directive. Il augmente la probabilité du sevrage tabagique plus efficacement que par le conseil bref d'arrêt et serait plus efficace en séances longues (consultations dédiées par exemple) (18,19). Ce type d'entretien vise à identifier, explorer et résoudre l'ambivalence par le patient lui-même par l'expression de ses motivations (20). L'entretien est donc centré sur le patient, ses expériences, ses représentations, son point de vue et aboutit à une décision collaborative respectant l'autonomie du patient sans imposer les décisions du médecin (6,19).

En médecine générale, le conseil minimal et l'entretien motivationnel sont des étapes d'une stratégie recommandée aux Etats Unis appelée la méthode des 5A : Ask Advise Assess Assist Arrange (21). Cette approche globale de management d'aide au sevrage tabagique par le médecin généraliste combine traitement pharmacologique et non pharmacologique. Le médecin généraliste doit donc réaliser une prise en charge globale du patient dans son milieu bio-psycho-social centré sur le patient, adaptée au patient avec un suivi organisé. Cette prise en charge doit nécessairement être individuelle car chaque patient présente des motivations à fumer, à se sevrer, des difficultés au sevrage ou même un stade de changement propre.

Actions		
<i>Ask about tobacco use</i>	Interroger sur la consommation de tabac.	Identifier et documenter le statut tabagique de tous les patients à chaque visite (stratégie A1).
<i>Advise to quit</i>	Conseiller l'arrêt du tabagisme.	D'une manière claire, ferme et personnalisée, proposer à chaque fumeur d'arrêter de fumer (stratégie A2).
<i>Assess willingness to make a quit attempt</i>	Évaluer la motivation à l'arrêt du tabagisme.	Demander au patient s'il envisage d'arrêter de fumer (stratégie A3).
<i>Assist in quit attempt</i>	Aider la tentative d'arrêt du tabagisme.	Pour le patient disposé à faire une tentative d'arrêt, proposer une guidance et une pharmacothérapie pour l'aider à arrêter de fumer (stratégie A4).
<i>Arrange followup</i>	Organiser le suivi de l'aide au sevrage tabagique.	Proposer des temps de suivi commençant la première semaine après la date d'arrêt (stratégie A5).

**Figure 5 : Méthode des 5A (22).**

Malgré une place du médecin généraliste décrite comme centrale dans les recommandations médicales, les médecins généralistes se sentiraient cependant en difficulté dans l'aide au sevrage (23). Certains trouveraient difficile de motiver leurs patients à changer. D'autres se sentiraient inefficaces ou non légitimes dans l'aide au sevrage en particulier pour les patients voulant se sevrer seuls. Ils auraient peur de dégrader la relation médecin/malade (24–26). Le médecin malgré son statut d'intervenant privilégié dans les recommandations lui demandant d'intervenir de manière active systématiquement, serait confronté à un patient avec des représentations parfois très différentes (16).

Les représentations sont la perception, l'image mentale dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène du monde dans lequel vit le sujet (27). Le patient a sa propre image mentale du tabac avec différents aspects positifs comme négatifs. Il a ses propres craintes concernant le sevrage ou ses propres motivations à initier un sevrage. Ces différentes représentations sont évolutives et influencent la consommation de tabac comme une éventuelle possibilité de sevrage. Le médecin de son côté a sa vision du tabagisme qui peut varier selon le médecin ou même selon son statut tabagique propre. Ses représentations peuvent influencer sa manière de communiquer avec un fumeur ou les aides qu'il propose. Le médecin a également une image mentale personnelle des représentations de chaque patient concernant le tabac. Il communique donc en adaptant son discours selon les données qu'il croit connaître de son patient. Les patients dans leur interaction avec leur médecin extrapolent aussi les représentations de leur médecin concernant le tabac. Parfois les patients imaginent à tort ou à raison certaines réactions de leur médecin en lien avec ses représentations propres du tabac et cela peut influencer la nature et le degré de confiance accordé à leur médecin.

Concernant la prise en charge de l'addiction au tabac par le médecin généraliste, les patients ont des représentations de la prise en charge optimale et des aspirations qui ne correspondent pas toujours avec la prise en charge effectuée par leur médecin. Ces représentations des médecins et des patients évoluent avec le temps et sont influencées par les politiques de santé. Les différentes lois anti-tabac cherchent en effet à dé-normaliser le tabac. Cela signifie qu'elles ont pour objectif de changer les représentations concernant le tabac et faire acquérir aux Français une image mentale négative du tabac afin de les influencer pour arrêter de fumer ou ne pas commencer.

Dans la relation médecin malade, des représentations du médecin et du patient divergentes ou semblant en apparence divergentes pour l'une ou l'autre des deux parties, peuvent parasiter une libre communication médecin-malade et entraver une bonne alliance thérapeutique dans le sevrage tabagique. Sans connaître les représentations et donc sans comprendre leurs patients les médecins peuvent difficilement aboutir à une prise en charge optimale dans le sevrage tabagique. Peut-être que les médecins se sentiraient plus efficaces et légitimes s'ils réussissaient à mieux comprendre leurs patients pour leur proposer une communication et une prise en charge adaptée à leurs représentations.

Dans ce travail de thèse, je me propose donc d'étudier les représentations des fumeurs sur le tabac ainsi que sur la prise en charge en médecine générale de l'addiction au tabac pour que les médecins soient capables de tenir un discours adapté à leurs patients afin d'améliorer l'aide au sevrage.

# INTRODUCTION

---

Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable avant 65 ans en France (6). En 2017, 16 millions de personnes consomment du tabac (11). Malgré des politiques de lutte anti-tabac restrictives et de nombreuses aides disponibles, le sevrage reste difficile avec moins de 500 000 fumeurs réussissant à arrêter plus d'un an (15). La grande majorité des fumeurs faisant une tentative de sevrage seuls échoue (4). Le médecin généraliste est un intervenant majeur de l'aide au sevrage. Il a dans les recommandations un rôle clé dans le dépistage systématique de la consommation par le conseil minimal (Fumez-vous ? Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ?) (16). Il a également un rôle dans l'évaluation de la dépendance et de la motivation à l'arrêt ainsi qu'un rôle de prescripteur d'aides médicamenteuses au sevrage dont les substituts nicotiques. L'accompagnement du médecin généraliste est enfin considéré comme un facteur clé de la réussite du sevrage tabagique (4). La méthode d'entretien motivationnel du médecin généraliste est notamment efficace pour augmenter l'alliance thérapeutique et renforcer la motivation vers le changement par une communication empathique directive. Cet entretien vise à identifier et explorer l'ambivalence par le patient lui-même (20). Il est ainsi amené par l'expression de ses motivations, de ses craintes à résoudre cette ambivalence (20). L'entretien est centré sur le patient, ses expériences, ses représentations, son point de vue et aboutit à une collaboration respectant l'autonomie du patient sans imposer les décisions du médecin (6,19).

Malgré une place centrale du médecin généraliste dans les recommandations, ceux-ci se sentiraient en difficulté dans l'aide au sevrage (23). Certains trouveraient difficile de motiver leurs patients à changer, d'autres se sentiraient inefficaces ou non légitimes avec des patients voulant se sevrer seuls, enfin d'autres auraient peur de dégrader la relation médecin/malade (24–26).

Le médecin malgré son statut d'intervenant privilégié, serait pris entre les recommandations médicales de la HAS lui demandant d'intervenir de manière active systématiquement et un patient avec des représentations différentes, parfois non motivé ou souhaitant gérer seul son sevrage (16).

Le patient aurait ses propres représentations du tabac et du sevrage tabagique ainsi que de la prise en charge de cette addiction. Ces représentations propres au patient seraient possiblement

en opposition avec celles du médecin. Les représentations du médecin seraient elles influencées par son expérience propre et par les recommandations médicales. Les représentations des médecins pourraient ne pas être en adéquation avec celles de leurs patients et cela pourrait entraver l'alliance thérapeutique dans le sevrage tabagique en altérant la communication et la compréhension médecin-malade. Pour améliorer la compréhension des patients, afin d'être en capacité de mieux les aider dans leur sevrage en leur tenant un discours adapté et en leur proposant une aide personnalisée, nous nous proposons donc d'étudier les représentations qu'ont les patients du tabac et de la prise en charge de l'addiction au tabac en médecine générale.



# MATÉRIEL ET MÉTHODES

---

L'objectif principal de cette étude était d'identifier par une revue de la littérature les grandes thématiques des représentations des fumeurs sur le tabac et la prise en charge de cette addiction en médecine générale en France. Cette revue a été réalisée en suivant la grille PRISMA pour l'analyse de littérature scientifique (Annexe 1)(28).

L'équation de recherche a été réalisée conjointement par deux chercheurs avec l'aide de la documentaliste de la Bibliothèque Inter Universitaire de Médecine. Pour la base de recherche PUBMED l'équation était : (Health Knowledge, Attitudes, Practice [MeSH Terms] OR Expectations [MeSH Terms] OR Health services need [MeSH Terms]) AND (Tobaccos [MeSH Terms] OR Smoking Cessation [MeSH Terms]).

Les bases de données CISMEF, PUBMED, LISSA, CAIRN, SUDOC, Banque de données de Santé Publique, PubPsych et PsychINFO ont également été interrogées. Les mots clés utilisés étaient : Taba\* ou Sevrage taba\* ou fumeur et Représentation ou Perception ou Attente ou besoin ou médecine générale. La recherche a été complétée par une recherche manuelle et par l'étude bibliographique des articles inclus.

La période d'inclusion allait de mai à octobre 2019 avec une veille documentaire jusque mai 2020. Ont été incluses toutes les études de recherche médicale, psychologique ou sociale, de population d'étude française, parues entre 1992 (Loi Evin) et mai 2020, dont les objectifs principaux ou secondaires s'intéressaient aux représentations des fumeurs, en médecine générale ou en population générale, du point de vue du fumeur.

Les critères d'exclusion étaient : les articles étrangers ou sur population francophone non française, l'étude de sous catégories de population non représentatives de la médecine générale et les études n'étudiant pas les fumeurs eux-mêmes.

Une première sélection d'articles a été réalisée par deux chercheurs sur le titre puis sur la lecture du résumé. Les références bibliographiques des articles sélectionnés sur le résumé ont été référencées dans le logiciel Zotero® qui a permis d'exclure les doublons. Les articles retenus ont été lus en version intégrale par les 2 chercheurs de manière indépendante (double lecture). La

décision d'inclure le document au terme de la lecture intégrale a été faite de manière indépendante par chacun des chercheurs. Pour chaque étude incluse, un formulaire suivant une trame prédéfinie a été rempli (Annexe 2). L'extraction des données a été réalisée en double lecture. Les données extraites étaient les suivantes : titre, auteur(s), type de document, date, nom de la revue, critère de jugement principal et secondaire ou objectifs, méthode, idées sur les représentations et biais éventuels. Une triangulation des données a ensuite été réalisée. L'analyse de l'accord inter-chercheur concernant l'inclusion des articles a été réalisée par calcul du coefficient Kappa de Cohen (29). En cas de désaccord pour l'inclusion des articles ou pour l'extraction des données, entre les 2 chercheurs, un troisième chercheur a tranché.

Une analyse de la qualité de chaque étude a été réalisée selon la grille COREQ pour les recherches qualitatives et STROBE pour les études quantitatives descriptives (30,31). Le nombre de critères présents sur le nombre total des critères a permis d'obtenir une note en pourcentage. Dans une recherche d'analyse exhaustive tous les articles ont été maintenus et la synthèse a été réalisée par analyse thématique grâce à un codage libre par un seul chercheur.

# RÉSULTATS

---

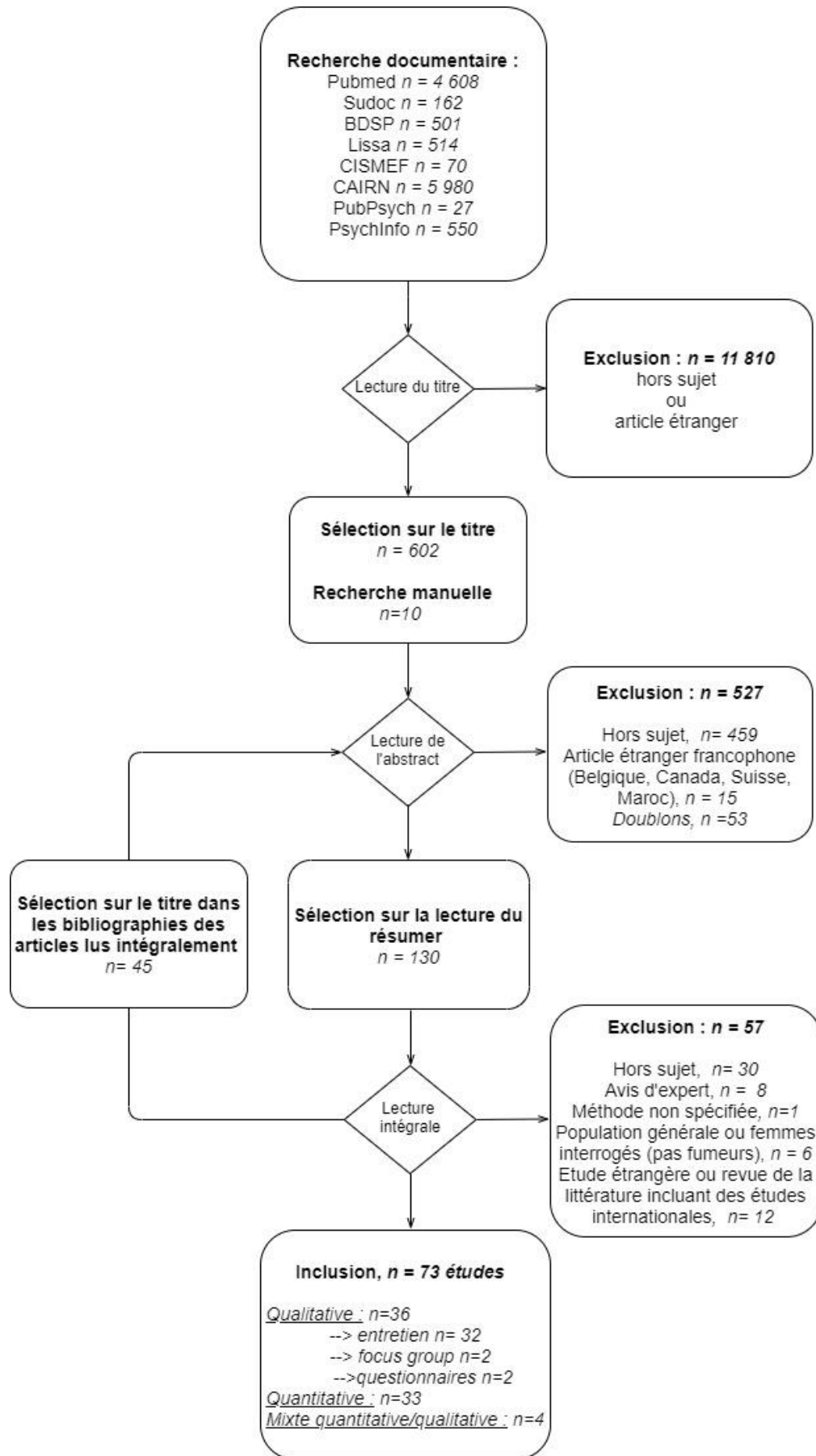
Nous avons à l'issue de la recherche documentaire relevé 12 412 notices bibliographiques toutes bases confondues (Figure 6). Sur ces notices nous avons sélectionné 602 articles sur le titre, parmi lesquels nous avons retenu 130 articles sur l'abstract. Nous les avons ensuite lus intégralement.

La recherche manuelle ainsi que la lecture des bibliographies des articles lus intégralement a permis d'identifier 55 références bibliographiques supplémentaires réintroduites dans l'analyse.

A l'issue de l'analyse, 73 études ont été incluses : 36 qualitatives, 33 quantitatives et 4 de méthodologie mixte (Annexe 3).

Les 2 chercheurs étaient d'accord pour inclure 67 articles et exclure 55 articles. Un 3<sup>ème</sup> chercheur a été sollicité pour trancher concernant 8 articles sources de désaccords. Le coefficient Kappa de Cohen était de 0,87 correspondant à un accord inter-juges de bonne qualité.

La synthèse a permis d'aboutir à 5 grandes thématiques : les motivations à fumer, les motivations au sevrage, les freins au sevrage, les méthodes d'aide au sevrage pour le patient et enfin la place du médecin généraliste dans le sevrage.



**Figure 6 : Diagramme de flux**

### **Les motivations à fumer**

Les motivations à fumer étaient des notions développées dans 47 articles (Tableau 1).

Le tabac était en premier lieu utilisé dans un objectif de relaxation, de lutte contre les émotions négatives face aux difficultés de la vie (professionnelles, sociales, familiales).(32–56) Il était un soutien, voire un moyen de première nécessité privilégié chez les patients précaires au détriment du logement ou de la nourriture (33,35,39,44,46,57–60).

Les fumeurs rapportaient un tabagisme plaisir (34,35,37–40,42–46,50,51,54,59,61–67). L'inspiration du tabac leur procurait une sensation agréable pouvant aller jusqu'à la pulsion respiratoire et orale (66). Ce plaisir mettait en jeu tous les sens : odorat, goût avec la sensation dans la gorge appelée throat hit, toucher via le geste et vue avec l'image flamboyante de la cigarette (38,62–64,66).

Le tabac s'initiait puis se poursuivait fréquemment via l'influence de l'entourage fumeur en premier lieu familial puis des pairs auquel le fumeur s'identifiait (35,37,38,40,45–47,50,51,55–58,61,62,65–70). Le caractère convivial de la cigarette leur permettait de socialiser que ce soit en soirées associé à l'alcool ou pour interagir avec le sexe opposé (29,32,35,37–40,42,44–46,50,55,57,58,61–65). Fumer leur permettait d'intégrer un groupe social défini avec des références ou conversations communes, de s'affirmer jusqu'à définir leur identité propre (33–35,37,38,42,50,61,64). Fumer donnait une meilleure image : adulte, sociable, à la mode, sûre de soi et virile (34,37,45–48,50,61,64,65,68,71). Chez les femmes, fumer était même symbole d'émancipation, de liberté (34,45,71).

Une fois initié, le rythme créé par le tabac constituait un réel mode de vie motivant la poursuite du tabagisme (34,38,40,42,44,45,47,50,51,53,64,65,68,72,73). Les fumeurs étaient conditionnés par de véritables rituels associant la cigarette à des moments privilégiés ou à d'autres consommations (pause, téléphone, voiture, café) (34,44–46,50,53,57,62–65,68). Fumer représentait même un moyen de lutte contre l'ennui ou la solitude (35,38–40,44–46,54,57–59,61,65).

Particulièrement chez les femmes, le tabac permettait un contrôle de l'image corporelle par contrôle du poids (36,42,44,45,48,51,54,55,71). A la fois motif d'initiation à l'adolescence, de poursuite et de rechute, l'effet anorexigène et d'augmentation du métabolisme du tabac était recherché jusqu'à être un trompe faim pour les personnes précaires (48).

Fumer leur permettait de calmer les effets psycho-actifs induits par le syndrome de manque mais aussi calmait l'importante addiction au geste lui-même (35,37,38,41,42,45,47,50,65,66,72).

Dans les populations précaires et plus rarement chez les personnes âgées, le tabac était le dernier plaisir d'une vie de privations (45,46,57,58). La critique de la lutte antitabac donnait parfois aux personnes précaires des opportunités de communiquer, de se réinscrire dans un échange social parfois perdu (46,47,58). Les règles d'échange, de réciprocité, de politesse et de respect organisés autour du tabac leur permettaient donc de maintenir un lien social (46,47,58).

De leur côté, les adolescents ou jeunes fumaient dans une recherche de transgression des interdits parentaux ou sociétaux et d'expérimentation de sensations fortes nouvelles (42,45,50,67,70). Fumer était même pour certains considéré comme un rite de passage à l'âge adulte (45,68).

Le tabac à rouler était utilisé pour son prix plus faible, un goût et une odeur moins forts, une possibilité de personnalisation de la consommation, un rituel de rouler prolongeant le plaisir, ainsi qu'une impression de naturel et de moindre dangerosité (74). Etaient enfin rapportés une sensation de paquet illimité avec perte du compte du nombre de cigarettes fumées ainsi qu'une impression de fumer moins vite via une consommation plus lente (74).

Les facteurs de rechutes étaient décrits dans 11 articles et suivaient globalement les mêmes thématiques que les motivations à fumer.

<b>n</b>	<b>Motivations à fumer</b>	<b>n</b>	<b>Facteurs de rechute</b>
25	Effet anxiolytique, antistress 32-56	10	Stress lié aux difficultés de la vie 34,40,45,46,55,62,73,75-77
22	Effets hédoniques 34,35,37-40,42-46,50,51,54,59,61-67	6	Retentissement sur l'humeur : irritabilité, dépression 34,36,55,73,75,76
21	Sous l'influence de l'entourage 35,37,38,40,45-47,50,51,55-58,61,62,65-70	4	Influence négative de l'entourage 34,45,46,62
20	Bénéfice social 29,32,35,37-40,42,44-46,50,55,57,58,61-65		
15	Habitude 34,38,40,42,44,45,47,50,51,53,64,65,68,72,73		
12	Amélioration de l'image 34,37,45-48,50,61,64,65,68,71		
12	Rituel 34,44-46,50,53,57,62-65,68		
12	Lutte contre l'ennui 35,38-40,44-46,57-59,61,65		
9	Soutien/ Nécessité 33,35,39,44,46,57-60	8	Manque de soutien 46,76
9	Effet anorexigène / moyen de contrôle du poids 36,42,44,45,48,51,54,55,71	4	Manque de motivation 34,46,62,73,76,77
8	Dépendance physique/psycho/comportementale 35,37,38,41,42,45,47,50,65,66,72	4	Prise de poids à l'arrêt 34,41,60,75
6	Lutte contre la solitude 44-46,54,57,59	4	Manque, craving 55,73,75,76
6	Appartenance et intégration à un groupe 34,35,38,50,61,64	2	Isolement à l'arrêt 73,77
3	Définit l'identité 34,37,38		
2	Moyen d'augmentation de l'estime de soi, affirmation de soi 33,42		
2	Curiosité, excitation 38,42		
1	Attache affective à la cigarette 64	1	Ecart de conduite 62

**Tableau 1 :** Les motivations à fumer et facteurs de rechute. Leur nombre d'occurrences (n) et références bibliographiques

### **Les motivations et freins au sevrage**

Les motivations au sevrage étaient traitées dans 45 articles (Tableau 2).

La motivation à l'arrêt retrouvée le plus fréquemment était le prix des cigarettes (34,35,38-40,44-47,50,52,53,55,58,61-63,65,70,72,73,75,76,78-84).

Le sevrage était motivé soit par demande ou pression de l'entourage (culpabilité du fumeur) soit par l'idée de leur éviter un tabagisme passif ou par volonté de montrer l'exemple (34,35,38-40,44-47,49-52,55,61-63,65,70,72,73,75,76,78-82,85,86).

Le sevrage était largement réalisé par peur de la maladie ou suite à une maladie personnelle ou familiale (34,35,38-41,45-47,50,52,55,61-65,70,72,73,75,78-81,83,85-87). La peur des risques sur la grossesse en cours ou désirée était récurrente chez les femmes (34,35,38,39,44-46,49-51,62,67,80,81,85,86).

L'impact sur la beauté et l'image était une motivation au sevrage récurrente (dents jaunes, peau et voix altérées, haleine/odeur...) (40,44-46,50,52,62,65,67,70,76,78,82,87,88). Les symptômes ressentis au quotidien étaient également cités (40,50,62,70,76,85,87). Le sevrage serait motivé par un désir d'amélioration de la qualité de vie et de récupération de capacités sportives ou respiratoires (35,45,52,58,62,65,75,76,78-80,85). Les bénéfices sanitaires à l'arrêt étaient cependant moins fréquemment cités (40,41,61,62). Une partie des fumeurs dont les jeunes rapportaient une volonté de retrouver une liberté perdue du fait de la dépendance (34,52,55,65,70,73,76,80,82,85). Certains parlaient même d'une lassitude jusqu'à un dégoût du tabac surtout après passage à la cigarette électronique (35,38,39,45,55,78,88,89). D'autres motivations relevées dans le tableau 2 étaient moins fréquemment citées.



Les freins au sevrage étaient quant à eux mentionnés dans 53 articles (Tableau 2).

Concernant le sevrage, un des grands freins était la dépendance physique avec des symptômes de sevrage comme le craving ressenti à un précédent sevrage ou appréhendé ainsi que la forte dépendance psychique et comportementale (33–38,40,41,43–47,49,49–52,58–62,65,71–73,75,76,78,79,84,87,90,90–92). La prise de poids à l'arrêt était fréquemment rapportée (34,36,37,40,41,45,47,49,49,51,52,59–61,65,71,73,75,76,78,90–92). Le stress à l'arrêt était également fréquemment mentionné (33,34,36,37,47,50–52,61,65,73,75,76,78,92). Le retentissement sur l'humeur ou le sommeil (dépression, irritabilité, labilité) étaient un obstacle récurrent au sevrage (34,36–38,40,45,47,75,76,87,92).

Les fumeurs évoquaient par ailleurs un manque de connaissance à la fois des risques et des aides disponibles (37,38,40,51,55,58,68,75,90,93,94). Ils sous-estimaient les risques en invoquant un scepticisme concernant les résultats des études devant des exemples empiriques contradictoires, par un argumentaire basé sur leur bonne santé actuelle, ou via une minimisation du rôle du tabac dans les maladies (32,39,40,44,46,49,54,59,61,64,68,82–84,93–95). Certains, souvent jeunes, se pensaient même invulnérables et contrôlant leur santé ou leur consommation (64,67,68,73,82).

Les fausses croyances étaient fréquentes (32,34,36,40,44–46,49,59,65,68,82,84,93,95,96). Les plus récurrentes étaient l'idée de réduction des risques par une consommation faible (seuil de dangerosité), occasionnelle, de cigarettes légères ou de tabac à rouler voire par la réalisation d'exercice physique (34,40,44,46,49,59,68,74,82,93,95,96). Certains fumeurs évoquaient l'idée de pathologies sans fumer ; d'autres un risque relatif des maladies avec des risques environnementaux parfois supérieurs jusqu'à avancer des maladies provoquées par le sevrage (36,59,65,84).

Dans les obstacles au sevrage classiques se trouvaient par ailleurs le manque de motivation et la forte ambivalence des fumeurs : ils continueraient à fumer malgré une conviction de la toxicité du tabac et une bonne connaissance des risques (35,38,40,44–46,49,51,53,54,58,61,67,73,75,82,93,94). Certains seraient découragés face à des échec antérieurs ou auraient peur de l'échec, d'autres auraient des priorités plus urgentes que le tabac (34,38,40,46,47,50–52,58,61,65,73,83,84,87,90,94).

Beaucoup étaient critiques concernant l'efficacité des lois antitabac sur le sevrage et trouvaient l'Etat très ambivalent en n'interdisant pas le tabac mais en s'enrichissant via les taxes (46,49,53,59,61,67,68,72,82,84).

L'entourage fumeur était cité comme facteur de mauvaise influence sur le sevrage (35,44,45,69,73,82). Le prix des substituts ou de la cigarette électronique était un frein à leur utilisation dans le sevrage (58,65,76,79,90).

La minimisation des bénéfices à l'arrêt, un scepticisme sur l'innocuité ou l'efficacité des aides au sevrages, la peur de l'isolement social à l'arrêt ou de perdre une part de leur identité, des doutes sur leur capacité à arrêter ou l'idée que le sevrage n'est qu'une question de volonté avec une demande d'aide vue comme une faiblesse, étaient des notions revenant sur quelques articles (34,36,40,43,46,47,49,58,62,73,76,78,84,85,87,90,95).

Dans certains groupes sociaux se retrouvaient des notions différentes telles qu'un certain fatalisme chez les adolescents, les précaires et les personnes âgées associé à un horizon temporel court sans projection dans le futur (45,46,54,58,59,68,83,84). Chez les patients précaires le sevrage était vécu comme une nouvelle privation (65,83,84). Chez les adolescents, bien que le tabac ait une image mature et adulte, le sevrage était paradoxalement décrit comme un rite de passage à l'âge adulte (45,82). La mise en cause de la qualité de la cigarette et des fabricants retrouvée chez certaines personnes précaires serait un moyen de relativiser les dangers du tabac en lui-même (46,59).

De leur côté les femmes enceintes, se sentant souvent coupables de fumer n'oseraient parfois pas demander de l'aide (49). D'autres présenteraient des fausses croyances spécifiques telles que l'idée que le stress du sevrage serait plus nocif qu'un tabagisme modéré, que les substituts nicotiques seraient nocifs pendant la grossesse ou que le risque serait moindre à certains termes (44,45,49,95).

<b>n</b>	<b>Motivations au sevrage</b>	<b>n</b>	<b>Freins au sevrage</b>
30	Coût 34,35,38-40,44-47,50,52,53,55,58,61-63,65,70,72,73,75,76,81-83,86,90,94,95	27	Appréhension ou ressenti antérieur de symptômes liés au sevrage 33,34,36-38,40,41,45,47,49-52,58-61,65,71,73,75,76,80,86-89
28	Influence positive de l'entourage 34,35,38-40,44-47,49-52,55,61-63,65,70,72,73,75,76,81,86,90,91,94-96	24	Dépendance 34-38,40,43-47,49,51,52,58,61,62,65,72,75,76,80,83,90
21	Peur de la maladie 34,35,38-41,45-47,50,52,55,61,64,70,72,75,86,87,91,95	16	Déni, sous-estimation des risques 32,39,40,44,46,49,54,59,61,64,68,78,79,81-84
18	Maladie personnelle ou familiale 34,35,40,45,46,61-63,65,73,75,82,86,87,90,91,94,96	16	Fausse croyance sur le tabac, ses risques et le sevrage 32,34,36,40,44-46,49,59,65,68,78,81,83-85
16	Effets secondaires négatifs au quotidien 40,44-46,50,52,62,65,67,70,76,81,86,87,91,9	13	Ambivalence 35,38,40,44-46,51,53,54,67,78,79,81
12	Volonté d'amélioration physique (35,45,52,58,62,65,75,76,78-80,85)	12	Manque de motivation 38,40,45,46,49,51,58,61,73,75,79,80
10	Retrouver sa liberté, ne plus être dépendant 34,52,55,65,70,73,76,81,91,94	11	Manque de connaissance : risques 38,51,55,68,78,79, aides 37,40,58,75,80
8	Lassitude, dégoût 35,38,39,45,55,86,92,97	10	Pas dans les priorités 38,40,46,47,58,61,61,79,82,83
4	Image négative du tabac, pression sociale 39,40,86,90	10	Rôle de l'état : lois restrictives et ambivalence 46,49,53,59,61,67,68,72,82,84
4	Bénéfices à l'arrêt 40,41,61,62	9	Crainte de l'échec ou échec antérieur 34,50-52,61,65,73,87,90
4	Interdiction de fumer dans lieux publics 40,61,75,91	8	Horizon temporel court (jeunes/précaires) 45,46,54,58,59,68,83,84
3	Ne pas déranger, ne pas polluer 52,65,97	6	Isolement social à l'arrêt 40,47,62,76,83,86
1	Impossibilité de fumer (hospitalisation) 61	6	Mauvaise influence de l'entourage 35,44,45,69,73,82
1	Gain temps 76	6	Sevrage question de volonté 40,58,78,89,90,97
		5	Sentiment de contrôle, d'invulnérabilité 64,67,68,73,81
		5	Doutes sur l'innocuité/l'efficacité des aides 40,49,58,84,87
		5	Fatalisme (adolescents, précaires et âgés) 45,46,68,82,83
		5	Prix 58,65,76,80,90
		4	Minimisation des bénéfices à l'arrêt 34,36,73,80
		4	Mauvais sentiment d'auto efficacité 43,46,58,85
		3	Habitude 45,61,72
		3	Nouvelle privation 65,83,84
		2	Peur de perdre une part de l'identité 37,65
		2	Rite de passage à l'âge adulte (adolescents) 45,82
		1	Culpabilité (femme enceinte) 49

**Tableau 2 : Les motivations/freins au sevrage. Leur nombre d'occurrences (n) et références bibliographiques**

### **Les aides au sevrage**

Les aides au sevrage étaient traitées dans 40 articles avec des avis divergents selon les fumeurs et le type d'aide (Tableau 3). L'arrêt était envisagé ou réalisé majoritairement seul sans aide (33,39,51,52,58,61,75,77,90,91,97-99).

### **La cigarette électronique**

La cigarette électronique était souvent citée parmi les aides au sevrage (38,62,63,78,79,87-89,96,100-102). Elle était perçue comme un bon substitut au tabac dont la consommation serait moins risquée pour la santé et moins contraignante que le tabac (38,44,62,63,78,79,87-89,96,100-102). La dépendance n'était dans ce mode de consommation pas un problème à résoudre. Elle semblait être également une bonne aide pour réduire la consommation de tabac (62-64,87,88,101,102). Dans le sevrage certains l'utilisaient pour lutter contre le manque et éviter la rechute (38,63,79,89,89,102). D'autres fumeurs se tournaient vers la cigarette électronique par pure curiosité ou par choix d'expérimentation nouvelle avec un goût et un plaisir spécifiques (38,63,79,87-89,100,102).

A l'inverse, certains fumeurs craignaient une dépendance potentielle au produit via le maintien de la nicotine et du geste et étaient en conséquence dubitatifs sur l'efficacité du produit sur le sevrage (38,63,64,87-89,100,102). Ils craignaient soit d'augmenter leur consommation soit de présenter des symptômes de sous dosage car ils éprouvaient une grande difficulté à quantifier la consommation et pouvaient consommer dans des lieux non-fumeurs ou utiliser la cigarette électronique comme narguilé portatif (63,64,78,79,87-89,100,102). Ils étaient également inquiets concernant la sécurité de ce produit nouveau aux normes leur semblant douteuses avec un manque d'informations fiables et une toxicité court ou long terme inconnue ainsi qu'une possible existence de tabagisme passif (38,62-64,87-89,100-102). Cette inquiétude était exacerbée par un scepticisme des médecins et un manque de clarté des messages des pouvoirs publics (100-102).

Certains fumeurs appréciaient son prix plus faible que celui du tabac et sa liberté d'utilisation notamment dans les lieux où le tabac est interdit (38,63,79,87-89,100-102). La

diminution des effets secondaires désagréables du tabac semblait appréciée par certains : les fumeurs auraient un meilleur souffle, moins d'infections ORL, un poids plus stable, moins d'odeur désagréable, un meilleur goût/odorat (38,87–89,100,102)... D'autres en revanche regrettaient un geste et des sensations différentes de la cigarette ainsi que des effets secondaires indésirables (toux, muqueuses sèches, voies ORL irritées, céphalées...) (38,63,64,66,79,88,89,100,102,102).

La cigarette électronique bénéficiait pour certains d'une image à la mode, moins nocive, moins polluante, maintenant la socialisation alors que pour d'autres elle semblait chimique, ridicule voire enfantine (38,63,64,79,88,89,100,102). La consommation plus personnalisée via le choix des arômes, l'apport discontinu en nicotine (plus souvent, moins longtemps) et la possibilité de diminution progressive des doses était plébiscitée des fumeurs mais la fragilité de l'objet et les problèmes d'entretien étaient reprochés (38,62,63,79,88,89,100,102).

Enfin tout comme pour le tabac, l'entourage était un moteur d'initiation de manière directe ou indirecte (38,88,89,100,101). L'absence ou le moindre tabagisme passif ainsi que l'incitation au sevrage de l'entourage étaient cités (87–89,101–103).

### Les substituts nicotiques

Ils étaient plébiscités souvent par des fumeurs plus âgés plus dépendants (98,99). Ils étaient utilisés pour augmenter la motivation via l'augmentation de la confiance en soi et l'aide au contrôle du poids surtout chez les femmes (33,71,98). Considérés comme simples et efficaces par certains, ils étaient en revanche souvent jugés inutiles par d'autres parfois du fait d'échecs antérieurs (33,43,46,62,76,77,89). Certains fumeurs méconnaissaient leurs bénéfices notamment concernant le contrôle du poids et étaient inquiets concernant les risques des substituts en particuliers en cas d'association au tabac ou pendant la grossesse ou l'allaitement (97,104). Ils craignaient une dépendance aux substituts ou une cancérogénicité éventuelle (97,104). Leurs effets secondaires étaient appréhendés en particuliers en cas de mauvaise tolérance au cours d'une tentative antérieure de sevrage (43,76,86). Le prix élevé des substituts était parfois relevé en particulier concernant les gommes et certains fumeurs méconnaissaient leur remboursement (43,62,104).

### Les médecines alternatives

Elles étaient vues positivement par certains fumeurs surtout lorsqu'elles étaient réalisées par un médecin (35). Elles permettraient d'augmenter la confiance en soi via une prise en charge globale personnalisée avec réassurance, prise en charge de l'aspect psychologique, écoute (62,86). L'hypnose donnait satisfaction aux fumeurs pour le bien être qu'elle procurerait, leur permettant à la fois de diminuer le stress, le craving et l'attachement au tabac (35). Les fumeurs leur reprocheraient cependant une efficacité réelle variable, inférieure à celle attendue responsable de fréquentes déceptions (33,86,98).

### Les autres aides

Dans les autres aides relevées, se trouvait la varénicline, jugée efficace mais avec des effets secondaires psychiatriques craints par les fumeurs (62,76). Les thérapies cognitivo-comportementales étaient également jugées efficaces lorsqu'elles étaient connues (33,98). Enfin des stratégies comportementales constituaient une aide au sevrage comme certaines modifications alimentaires (boire beaucoup d'eau, baisse des apports sucrés...), l'activité physique, la relaxation, le remplacement du tabac par une autre activité ou même des stratégies cognitives d'auto-encouragement (44,91,92)...

<u>Aide au sevrage</u>	<u>n</u>	<u>Représentations positives</u>	<u>n</u>	<u>Représentations négatives</u>
<b>Cigarette électronique</b>	13	Moyen de substitution réduisant les risques 38,44,62,63,78,79,87-89,96,100-102	9	Inquiétudes sur les risques 38,62-64,88,89,100-102
	12	Moyen d'aide au sevrage 38,62,63,78,79,87-89,96,100-102	8	Sensations différentes du tabac 38,63,64,66,79,88,89,102
	8	Utilisation par curiosité 38,63,79,87-89,100,102	7	Entretien ou création de dépendance 38,63,64,88,89,100,102
	8	Prix plus faible 38,63,79,87-89,101,102	7	Risque d'augmenter la consommation 63,64,78,87-89,100
	8	Influence entourage 38,79,87-89,100-102	5	Problèmes d'entretien, fragilité objet 38,63,79,100,102
	8	Liberté d'usage 38,79,87-89,100-102	5	Effets secondaires désagréables 38,79,88,100,102
	7	Aide pour diminuer la consommation 62-64,87,88,101,102	5	Informations peu nombreuses peu fiables 87-89,100,102
	6	Moyen d'éviter la rechute 38,63,79,89,91,102	3	Scepticisme des médecins/pouvoirs publics 100-102
	6	Effets bénéfiques 38,87-89,100,102	3	Difficulté à évaluer le taux de nicotine 63,79,102
	5	Objet mode/marketing 38,64,79,89,100	2	Temps d'adaptation à l'initiation 38,88
	5	Consommation personnalisée 38,62,63,88,89	2	Image ridicule, enfantine 64,66
	3	Meilleure image que tabac 63,79,102	2	Caractère chimique 88,102
	1	Moins polluant 63	2	Variabilité de l'efficacité sur le sevrage 87,100
	<b>Substituts nicotiques</b>	2	Augmente la confiance en soi 33,98	5
2		Simple efficace 33,62	3	Prix élevé 43,62,104
1		Aide à contrôler le poids (femmes) 71	3	Apréhensions ou ressenti antérieur d'effets secondaires 43,76,86
<b>Médecines alternatives</b>	2	Prise en charge globale personnalisées 62,86	2	Inquiétudes sur sécurité 97,104
	1	Augmente la confiance en soi 86	2	Mauvaises connaissances des bénéfices 97,104
	1	Hypnose : permet de gérer le stress, diminue le craving, diminue l'attachement au tabac 35		
<b>Stratégie comportementale</b>	2	Changement des habitudes de consommation 44,91	3	Efficacité variable 86,33,98
	1	Exercice physique : anti-stress, diminue le craving, régule le poids 92		
	1	Relaxation 91		
	1	Stratégies cognitives : remplacer par une autre activité 44		
<b>Varénieline</b>	1	Efficace 62	1	Effets secondaires psychiatriques 62,76
<b>Thérapie cognitivo comportementale</b>	1	Efficace 33	1	Peu connue 28, 93

**Tableau 3 : Vision des fumeurs des aides au sevrage. Leur nombre d'occurrences (n) et références bibliographiques**

### **Le médecin généraliste dans la prise en charge de l'addiction au tabac**

La place du médecin généraliste dans le sevrage était une thématique récurrente retrouvée dans 30 articles (Tableau 4). Beaucoup considéreraient le tabac comme une question personnelle non médicale et le sevrage comme une décision solitaire (38,78,91,105). Cependant lorsqu'ils souhaitent de l'aide, les patients seraient globalement satisfaits de leur prise en charge avec un médecin généraliste qu'ils considèreraient comme un interlocuteur privilégié dans le sevrage et dans la prévention (34,67,70,75,98,105).

Les connaissances scientifiques et l'expérience de leur médecin généraliste sont vues comme sérieuses et fiables y compris pour les adolescents (33,40,62,67,70,77,91,105). Ils seraient satisfaits de la relation de confiance avec leur médecin, de son influence positive pour les guider dans leurs décisions, de son écoute et de son soutien (33,40,62,67,70,77,105). Ils apprécieraient l'absence de jugement et la qualité de l'échange permettant d'aboutir à une décision médicale partagée (40,77).

Ils rapporteraient une augmentation de la confiance en soi grâce à la réassurance de leur médecin leur permettant d'augmenter leur motivation au sevrage, y compris lors de moments difficiles tels que l'annonce de pathologies graves ou chroniques (33,70,77,91). Globalement le conseil minimal serait vu positivement y compris chez les adolescents (69,106). Les femmes voyaient positivement l'abord proactif par leur médecin de la question du poids dans le sevrage (60). Un suivi du sevrage parallèle à celui de la grossesse était apprécié des femmes enceintes (77). Les adolescents de leur côté appréciaient l'aide apportée par leur médecin en toute confidentialité sans en parler aux parents (70).

Malgré une place importante pour les patients, ceux-ci regretteraient un manque de temps de leur médecin pour le sevrage à la fois dans la consultation prise pour d'autres motifs et en fréquence de consultation ainsi qu'un manque de disponibilité en cas de symptômes de manque (40,49,61,67,77,78,90). Certains auraient souhaité plus de consultations dédiées (40,78).

D'autres fumeurs semblaient plus critiques concernant la prise en charge du sevrage par leur médecin généraliste qu'ils trouvaient stigmatisant, les assimilant à des toxicomanes (62,67,78,91,105).

Les informations étaient jugées insuffisantes en quantité ou en fréquence avec parfois un discours inadapté soit banalisant ou au contraire trop effrayant, non aidant (40,78,86,93,105). D'autres se plaignaient du manque d'accompagnement, de soutien, du manque de conseils voire d'une aide générale insuffisante (43,62,89,90,99). Certains rapportaient un manque d'implication



voire d'intérêt du médecin jusqu'à douter ou méconnaître ses compétence dans le domaine du sevrage tabagique (39,40,49,62,67,78,86). Pour d'autres le médecin aurait une vision trop médicale centrée sur les médicaments, parfois pas assez personnalisée avec peu de place à l'évaluation de la dépendance ou de la motivation pourtant ressentie utile par le patient.(86,91) Enfin certains fumeurs relataient une certaine réticence à parler de certains sujets (cigarette électronique, médecines alternatives) devant une réticence de certains médecins ou simplement devant un manque d'harmonisation entre les professionnels (40,86,88,89).

Les fumeurs considéraient enfin qu'un médecin fumeur pouvait banaliser le problème du tabagisme alors qu'un non-fumeur n'avait pas d'expérience pour connaître le ressenti des patients (40).

Les adolescents semblaient plutôt réticents à parler devant les parents voire gênés par l'abord du sujet de la consommation tabagique qu'ils considéraient comme du domaine de leur intimité (70).

<b>n</b>	<b>Représentations positives</b>	<b>n</b>	<b>Représentations négatives</b>
8	Informations sérieuses 33,40,62,67,70,77,91,105	7	Manque de temps /disponibilité 40,49,61,67,77,78,90
6	Interlocuteur privilégié 34,67,70,75,98,105	5	Moralisateur 62,67,78,91,105
4	Conseils 33,67,70,105	5	Informations insuffisantes 40,78,86,93,105
4	Augmente la motivation 33,70,77,91	5	Manque d'intérêt pour le tabac 39,49,67,78,86
4	Rôle de soutien 33,40,62,77	4	Pas d'harmonisation entre professionnels de santé 40,86,88,89
3	Ecoute 40,67,77	3	Sevrage solitaire 38,91,105
2	Confiance 40,77	3	Intrusion dans l'intimité des adolescents 67,69,70
2	Qualité de l'échange / décision partagée 40,77	2	Pas assez de suivi 62,90
2	Absence de jugement 40,77	2	Vision trop médicale 86,91
2	Ressenti positif du conseil minimal 69,106	2	Lacunes ressenties ou méconnaissances des compétences du médecin 40,62
1	Suivi, accompagnement 77	2	Prise en charge/aide insuffisante 43,99
1	Aide pour le poids 60	1	Discours inadapté : banalisant ou effrayant 40
1	Confidentialité (adolescents) 70	1	Pas assez de conseils 89
1	Evaluation de la dépendance et motivation 40	1	Pas assez personnalisée 91
		1	Difficulté d'aborder le sujet avec le médecin 86
		1	Connaître le statut fumeur du médecin 40
		1	Dépendance/motivation peu évaluées 91

**Tableau 4 : Place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'addiction au tabac.  
Leur nombre d'occurrence (n) et références bibliographiques**

## DISCUSSION

---

Cette revue de la littérature présentait un bon accord entre les deux chercheurs ( $\kappa$  de Cohen à 0,87) et la majorité des critères PRISMA était respectée. Malgré une faible comparabilité de cette étude à d'autres études internationales ou avis d'experts du fait de méthodologies différentes, aucune donnée manquante n'a été relevée dans la synthèse, témoignant d'une synthèse exhaustive de bonne qualité (107–112). Le choix d'articles uniquement français était un parti pris devant la variabilité possible des représentations d'une population selon son histoire ou les politiques locales... Les données de l'étude semblaient cependant en accord avec les avis des experts ou études internationales (107–112).

La revue nous a permis de dégager 5 thématiques de représentations importantes pour les patients fumeurs : les motivations à fumer, les motivations et freins au sevrage, les différentes aides au sevrage et la place du médecin généraliste dans l'aide au sevrage.

Les patients consommaient du tabac principalement pour diminuer le stress et pour les effets sociaux et hédoniques qu'il leur procure. L'entourage était décrit comme central, à la fois pour favoriser le tabac comme le sevrage. La peur de la maladie et une maladie personnelle ou familiale étaient des motivations majeures au sevrage favorisées par le coût élevé du tabac. Qu'ils aient été ressentis pendant une précédente tentative de sevrage ou non, les symptômes consécutifs au syndrome de sevrage ou associés à l'arrêt (prise de poids, stress ou troubles de l'humeur) étaient appréhendés par les fumeurs. La sous-estimation des risques avec un certain déni et de nombreuses fausses croyances freinaient le sevrage.

La cigarette électronique était perçue comme une aide efficace au sevrage ou à la diminution des risques mais était l'objet d'inquiétudes concernant ses éventuels risques. Les substituts nicotiques étaient la deuxième aide privilégiée par les patients. Les patients semblaient sujets de fausses croyances et de méconnaissances concernant les TNS (effets secondaires, risques réels...).

Cette revue a confirmé la place privilégiée pour les patients du médecin généraliste. Il était une source d'information sérieuse, de soutien, de conseils et augmentait la motivation. Les patients regrettaient une trop faible disponibilité temporelle de leur médecin et un manque d'information concernant le tabac. Un manque d'intérêt pour la problématique du tabac ou une vision moralisatrice étaient décrits.

L'analyse transversale des différentes thématiques permettait d'identifier des notions importantes : le stress, le poids et l'entourage ainsi que de manière moindre l'aspect financier

Un des éléments étroitement associé au tabac était le stress. A la fois motivation à fumer, frein au sevrage et facteur de rechute après arrêt, il avait un fort retentissement sur l'humeur. Le tabac était ainsi consommé comme anxiolytique par les patients alors que les données de la science prouvent une diminution du stress et une amélioration de l'humeur après sevrage (113). Il serait donc nécessaire d'informer les patients sur le caractère passager des signes d'anxiété et sur l'amélioration de leurs symptômes sur le long terme grâce au sevrage. Un dépistage précoce des états anxieux ou dépressifs lors du sevrage est également majeur afin d'éviter les rechutes.

La deuxième notion clé dans le tabagisme était son utilisation comme moyen de contrôle du poids. La prise de poids était le deuxième facteur de rechute cité et la peur de la prise de poids était un frein fréquent au sevrage surtout chez les femmes. Les fumeurs prennent en moyenne 4 à 5 kilogrammes dans les 3 premiers mois du sevrage du fait d'un rattrapage du poids naturel (71,114). Il serait donc nécessaire d'informer les patients d'une part sur le caractère pathologique du sous-poids induit par la nicotine par augmentation des dépenses énergétiques et baisse d'appétit (71). D'autre part, il serait important que les fumeurs comprennent que cette perte pathologique de poids se fait au détriment de la masse musculaire avec une adiposité centrale plus importante (115). Cela pourrait contribuer à détériorer l'image du tabac comme moyen efficace de contrôle du poids en lui donnant un caractère pathologique et responsable d'une mauvaise répartition des graisses. Par ailleurs il serait intéressant de valoriser l'activité physique, à la fois efficace pour aider à contrôler le poids et pour supprimer le craving en seulement quelques minutes (116,117). Le médecin devrait donc davantage informer les fumeurs pour dissiper leurs fausses croyances sur le poids. Il devrait par ailleurs suivre conjointement sevrage tabagique et poids en valorisant l'activité physique.

Il a enfin été montré une influence considérable de l'entourage. Un entourage fumeur était à la fois une motivation à fumer et un frein au sevrage. L'entourage pouvait favoriser l'initiation du tabac, inciter à la poursuite voire être un facteur de rechute. Un entourage non-fumeur pouvait à l'inverse motiver de manière directe ou indirecte un fumeur à se sevrer. Il est donc primordial de prendre en charge le patient de manière globale dans son milieu bio-psycho-social. Il s'agirait notamment d'identifier l'entourage ayant un rôle dans le sevrage et de proposer des conseils adaptés selon l'influence de ce dernier (positive ou négative) Le médecin

généraliste a donc un fort rôle à jouer car il connaît son patient dans son biotope du fait d'un suivi souvent sur le long cours.

De la même manière le médecin généraliste, grâce à sa relation de proximité avec son patient, a souvent accès à des informations sur la santé de cet entourage. Il a été montré dans notre étude qu'une maladie personnelle ou familiale semblait motiver au sevrage. Bien qu'il semble en pratique difficile de proposer un sevrage à l'annonce d'une maladie personnelle grave (à proposer dans le suivi), il faudrait cependant proposer de manière pro-active systématiquement une aide au sevrage à la connaissance de pathologies de l'entourage. Le médecin devrait donc se saisir de l'opportunité constituée par l'annonce de pathologies familiales (ou de pathologie personnelle mineure), pour proposer un sevrage à ce moment privilégié où le patient est davantage motivé pour arrêter de fumer.

L'aspect financier du tabac était une thématique fréquemment citée bien que les fumeurs décrivaient le prix comme une motivation au sevrage moins importante que les autres. Il favorisait le sevrage sans en être l'élément déclencheur. Le prix des substituts était par ailleurs cité plusieurs fois comme frein à l'arrêt. Cet aspect était davantage soulevé aux Etats-Unis où les aides au sevrage ne sont pas remboursées (118). Il conviendrait donc d'informer davantage les patients sur le remboursement des différentes aides au sevrage pour que l'aspect financier du sevrage ne soit plus jamais un frein à ce dernier.

Toutes les catégories de fumeurs devraient être aidées dans leur sevrage. A titre d'exemple, les personnes âgées peu citées dans notre étude car peu étudiées ne devraient pas être délaissées dans le sevrage comme elles le sont dans les études. Malgré des représentations différentes avec une cigarette à l'époque valorisée, la probabilité du sevrage est élevée chez les patients de plus de 70 ans (119). Un sevrage même à un âge tardif est bénéfique pour la santé avec une réduction significative du risque cardiovasculaire (120). En maison de retraite, 30 % des fumeurs souhaiteraient arrêter (121). Il est donc primordial que le médecin dépiste le tabagisme de tous y compris des séniors et les accompagne vers un arrêt peu importe l'âge.

Il conviendrait par ailleurs de s'intéresser particulièrement au tabagisme des femmes enceintes car la France est parmi les plus mauvais d'Europe avec plus de 16 % des femmes fumant à la naissance contre moins de 9 % dans des pays voisins comme les Pays-Bas (122,123). Il serait donc intéressant de déterminer les raisons expliquant d'aussi grandes disparités et d'étudier l'éventuel lien d'une place centrale de la médecine générale dans le système de soins

dans les bons résultats de nos voisins. Les femmes enceintes manqueraient parfois de connaissance ou présenteraient fréquemment des fausses croyances comme l'idée d'effets secondaires des patchs sur le bébé alors que ces derniers ont été prouvés comme sûrs (124). Le médecin généraliste a donc un rôle majeur d'information concernant les risques du tabac pendant la grossesse et les aides au sevrage disponibles ainsi que de réassurance concernant ces dernières (125,126). La grossesse serait en effet un moment clé pour le sevrage. Il convient donc d'aider ces femmes souvent plus motivées du fait de leur grossesse, avec plus de la moitié des fumeuses qui réussiraient un arrêt pendant cette période (93,95).

Il serait enfin important de s'intéresser au sevrage peu importe le niveau de tabagisme. La fausse croyance d'un seuil de dangerosité du tabac était récurrente. Les fumeurs intermittents se considéraient même comme non-fumeur. Le rôle d'information du médecin est primordial concernant les petits fumeurs (moins de 5 cigarettes par jour) ou les fumeurs intermittents afin de les informer des risques réels de leur consommation. En effet fumer de manière intermittente a un retentissement sur la respiration : le risque de dyspnée apparaît dès 5 cigarettes par mois (32). Chez les petits fumeurs, il existe un sur risque de cardiopathie ischémique dans les 2 sexes et de cancer du poumon chez les femmes ainsi que les mêmes effets délétères sur la fonction vasodilatatrice endothéliale qu'un tabagisme important (32,127). Fumer seulement une cigarette par jour entraîne un sur-risque de maladie coronarienne et d'AVC équivalent à la moitié de celui d'un gros fumeur (1 paquet par jour) (128). Il est particulièrement important d'informer ces fumeurs du fait de fréquentes méconnaissances des risques qu'ils encourent.

Concernant les aides disponibles, la cigarette électronique est populaire avec plus de 3 millions de consommateurs. Les fumeurs semblaient cependant particulièrement perdus sur son utilisation dans le sevrage du fait de l'absence d'avis tranché des médecins et d'une difficulté pour eux à trouver des informations fiables. Elle n'a en effet longtemps pas été recommandée dans le sevrage par principe de précaution devant le manque de recul concernant l'efficacité et la toxicité (16,102). Son usage lorsqu'il est exclusif, est considéré depuis 2016 comme une aide possible au sevrage en tant qu'outil de réduction des risques (129). Il est donc actuellement recommandé d'informer nos patients de cette nouvelle aide disponible mais sans en faire de publicité en attente de nouvelles études scientifiques et labellisation (129).

Concernant la prise en charge par leur médecin généraliste, les patients sont majoritairement demandeurs d'informations. La notion d'une trop grande fréquence des

sollicitations du médecin concernant le sevrage ne revenait pas dans cette étude. Les patients se trouvaient au contraire insuffisamment informés alors qu'ils auraient confiance en leur médecin et prendraient au sérieux son discours. Les patients semblaient également attacher de l'importance à l'individualisation de la prise en charge. L'aspect de personnalisation était recherché par les fumeurs dans leurs modes de consommation (cigarette électronique ou tabac à rouler) mais aussi dans leur conception de l'aide au sevrage optimale.

Notre revue de la littérature nous a donc permis d'obtenir un état des lieux des représentations des fumeurs concernant le tabac et la prise en charge de cette addiction en médecine de ville afin de mieux comprendre nos patients pour leur proposer une aide adaptée. Elle présentait un éventuel biais inhérent au codage libre par un seul chercheur et à la synthèse exhaustive libre pouvant entraîner des erreurs ou un biais d'interprétation des résultats. Cependant les résultats similaires dans d'autres études y compris internationales suggèrent que ce biais ne limitait pas de manière importante l'utilisation des résultats. D'autre part le faible niveau de preuve fréquent des études incluses s'explique en partie par le caractère qualitatif des représentations plus difficile à étudier de manière rigoureuse.

# CONCLUSION

---

Cette revue de la littérature s'intéressait aux représentations des fumeurs sur le tabac et la prise en charge de cette addiction en médecine de ville afin d'améliorer la compréhension médecin-patient et d'optimiser le sevrage tabagique. Elle a permis de mieux appréhender les motivations à fumer des patients aussi bien que des facteurs de rechute tels que l'anxiété ou la prise de poids. Ces rechutes pourraient être parfois évitées grâce à l'aide du médecin généraliste et un suivi adapté. L'influence de l'entourage de chaque patient devrait être identifiée car elle peut être bénéfique comme néfaste. Le patient devrait donc être envisagé dans son milieu bio-psycho-social avec une prise en charge personnalisée. Le patient se sentirait par ailleurs sous-informé sur les risques du tabac et serait victime de nombreuses fausses croyances qui devraient être corrigées par le médecin via une information riche et adaptée au patient. Les patients ont émis leurs réserves concernant les diverses aides au sevrage mais ont affirmé la place centrale du médecin généraliste dans le sevrage en cas de demande d'aide.

Malgré tout, de nombreux patients considèrent encore leur sevrage comme solitaire et ne seraient pas accessibles aux discours médicaux. Cela pourrait expliquer le sentiment d'impuissance de certains médecins face au sevrage de leurs patients.

Cette revue de la littérature a permis la construction d'un questionnaire sur les représentations et les attentes des patients qui sera utilisé dans une étude de la SFMG. Cette étude mettra en miroir les représentations et les attentes des patients avec leurs perceptions par les médecins généralistes.

Il serait également intéressant d'établir un profil des patients non accessible au suivi du sevrage en médecine de ville ou à risque d'échec afin de mieux cibler les patients à orienter vers le spécialiste.



# BIBLIOGRAPHIE

---

1. Organisation mondiale de la santé. Tabac [Internet]. Organisation mondiale de la santé. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Bourdillon F. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 6 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits [Internet]. 2019 [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019\\_15\\_0.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_0.html)
3. Tabac info service. Les risques du tabagisme actif / Les effets néfastes du tabac pour moi / Le tabac et moi / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. Tabac info service. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/Le-tabac-et-moi/Les-effets-nefastes-du-tabac-pour-moi/Les-risques-du-tabagisme-actif>
4. Haute Autorité de Santé. Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1719643/fr/arreter-de-fumer-et-ne-pas-rechuter-la-recommandation-2014-de-la-has](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1719643/fr/arreter-de-fumer-et-ne-pas-rechuter-la-recommandation-2014-de-la-has)
5. Santé publique France. Tabac [Internet]. Santé publique France. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac>
6. Haute Autorité de Santé. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2635050/fr/depistage-du-tabagisme-et-prevention-des-maladies-liees-au-tabac](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2635050/fr/depistage-du-tabagisme-et-prevention-des-maladies-liees-au-tabac)
7. Nourrisson D. La représentation des drogues dans l’histoire des sociétés. Le cas français. *Drogue Santé Société*. 2017;16(2):1-14.
8. Bertrand Dautzenberg. Les grandes étapes de la lutte contre le tabagisme en France : de la loi Veil à l’interdiction de fumer dans les lieux publics [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012 [cité 19 sept 2020]. 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)
9. Anne M, DGS. Lutte contre le tabac : principaux textes et orientations stratégiques [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabac-principaux-textes-et-orientations-strategiques>
10. Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Tourraine M. Programme National de Réduction du Tabagisme : Vers une France sans tabac [Internet]. 2014 sept [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
11. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017 [Internet]. INPES. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018\\_14-15\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html)
12. Buzin A. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 : poursuite de l’augmentation des prix et des démarches d’arrêt du tabac. [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/programme-national-de-lutte-contre-le-tabac-2018-2022-poursuite-de-l>

13. Martinet Y, Wirth N, Béguinot E. Lutte contre le tabagisme en France : quoi de nouveau. *Quotidien du médecin*. juin 2019;69:653-7.
14. Pasquereau Anne, Andler Raphaël, Arwidson Pierre, Guignard Romain, Nguyen-Thanh Viêt. BEH 2020 Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. [Internet]. Santé publique France. 2020 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/article/consommation-de-tabac-parmi-les-adultes-bilan-de-cinq-annees-de-programme-national-contre-le-tabagisme-2014-2019>
15. Tabac info service. Chiffres du tabac / Vos questions / Nos réponses / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. Tabac info service. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Chiffres-du-tabac>
16. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours)
17. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Syndrome de dépendance [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/fr/](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/)
18. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 mai 2013;(5):CD000165.
19. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang J-L. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2010 [cité 12 déc 2019];(1). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub2/abstract>
20. Henri-Jean A. L'entretien motivationnel : faire progresser les patients dans les stades de changement, jusqu'à la solution de leurs problèmes. *Courr Addict*. 2001;3 vol 3:117-8.
21. Hanssens L, Felgueroso F. [Management of tobacco smoking in general practice]. *Rev Med Brux*. avr 2015;36(2):95-100.
22. Haute Autorité de Santé. Méthode des 5A [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 oct 2020]. 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)
23. 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.
24. Laurent A. Exploration des méthodes utilisées par les médecins généralistes lorrains pour motiver leurs patients à modifier leurs comportements [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2014 [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731966>
25. Vavilina E. Expériences et opinions des médecins généralistes sur la prise en charge au cabinet d'un fumeur de tabac [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nice]: Université Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine; 2016 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01427211>
26. 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.

27. Larousse É. Définitions : représentation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 18 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation/68483>
28. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ* [Internet]. 2 janv 2015 [cité 12 oct 2020];349. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g7647>
29. Giacomo Scarpellini. Cohen's kappa free calculator [Internet]. IDoStatistics. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur: <https://idostatistics.com/cohen-kappa-free-calculator/>
30. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):50-4.
31. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):34-8.
32. 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. *Bull Epidémiologique Hebd Paris Fr.* 2011;(20-21):244-7.
33. Lauvaux A, Girardot L, Université de Reims Champagne-Ardenne. Connaissances, représentations, attentes et besoins des patients fumeurs vis-à-vis des aides au sevrage tabagique. [S.l.]: [s.n.]; 2012.
34. Lucet Chereches DM, Delastre T, Landel Y, Université de Rouen Normandie. Méthodes et éléments motivationnels à l'arrêt du tabac chez des patients de deux cabinets de médecine générale en Seine-Maritime. [s.l.]: [s.n.]; 2013.
35. Ercole M-L, Arnould P, Université Paris-Sud, Université de Paris-Sud, Faculté de médecine (Le Kremlin-Bicêtre V-M. Les représentations de l'hypnose des patients fumeurs ayant eu recours aux techniques hypnotiques pour leur sevrage tabagique, en Ile de France. 2017.
36. 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.
37. 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.
38. Tovena L, Farge T. « 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. Lyon, France; 2016.
39. Guignard Romain, Beck François, Richard Jean-Baptiste, Peretti-watel Patrick. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010 [Internet]. INPES. 2014 [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>
40. Barbosa V. Attentes des patients fumeurs envers leur médecin généraliste pour le sevrage tabagique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2016.
41. 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.
42. 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.
43. Huteau M-È, 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.
  44. Hurier J, Leleux M-C. Vécu de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse: étude qualitative auprès de femmes en post partum dans la Somme. [France]; 2019.
  45. 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.
  46. Riou P. Représentations du tabagisme chez les sans domicile fixe [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2014.
  47. Erhet M, Folco-Lognos B, Faculté de médecine (Montpellier). Tabagisme et population en situation de précarité: Les motivations, les craintes et les attentes en matière d'accompagnement au sevrage des usagers d'un centre d'accueil et d'hébergement de l'Hérault, à travers une étude qualitative. [S.I.]: [s.n.]; 2012.
  48. 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.
  49. Hugues Gromaire M, Cohen JM, Université de Nice, Université de Nice-Sophia Antipolis, Faculté de Médecine. Freins et leviers au sevrage tabagique gravidique: enquête qualitative par entretiens semi dirigés de 22 femmes enceintes des Alpes Maritimes. [S.I.]: [s.n.]; 2012.
  50. Brunon M. Influences des représentations du tabagisme sur le choix contraceptif des femmes tabagiques [Thèse d'exercice]. [France]: Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2019.
  51. Manfredi C, Mathern G, Université Claude Bernard (Lyon). Le Tabagisme de la femme jeune: déterminants, représentations et état actuel des connaissances. [S.I.]: [s.n.]; 2008.
  52. Chabrol H, Faury R, Mullet E, Callahan S, Weigelt A, Labrousse F. Étude de la dépendance nicotinique chez 342 adolescents fumeurs. *Arch Pédiatrie*. oct 2000;7(10):1064-71.
  53. Maitena Milhet, Cristina Diaz-Gomez, Magali Martinez. L'interdiction de vente de tabac aux moins de 18 ans : une étude qualitative sur le point de vue des mineurs et leurs stratégies de contournement de la loi [Internet]. 2013 [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/article/l-interdiction-de-vente-de-tabac-aux-moins-de-18-ans-une-etude-qualitative-sur-le-point-de-vue-des-mineurs-et-leurs-strategies-de-contournement-d>
  54. Michaud C, Saraiva I, Henry Y, Dodane M. Tabac : connaissances, motivations et souhaits de lycéens du Doubs. *Réflexions pour la prévention. Sante Publique (Bucur)*. 2003;Vol. 15(1):69-78.
  55. Leménager S, Le Roux P, Université de Rouen Normandie. Le tabac chez les adolescents. [S.I.]: [s.n.]; 2003.
  56. Binder P. Comportements relationnels et représentations lors des consommations délétères à l'adolescence. :8.
  57. Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre [Internet]. Presses de l'EHESP; 2012 [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-cigarette-du-pauvre--9782810900732.htm>

58. Martens S. Étude de la motivation au sevrage tabagique d'une population dans la grande précarité [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]; 2012.
59. Peretti-Watel P, Constance J. Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention ? *Deviance Soc.* 3 juill 2009;Vol. 33(2):205-19.
60. Nguyen L, Legrand J-C, Université de Clermont I (Clermont-Ferrand). En médecine générale, lors d'une consultation pour sevrage tabagique, la question de la prise de poids paraît être un des éléments importants à aborder: étude qualitative sur le point de vue des patients. [S. l.]: [s. n.]; 2011.
61. Bruiet PA. Quels sont les freins et les motivations au sevrage chez les patients diabétiques de type II? Recrutement en médecine générale dans le Nord Pas de Calais. :46.
62. Looze-Renault, Constance. 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; 2017.
63. Bisotto É. Pratiques, croyances, représentations et attentes des fumeurs de cigarette électronique : étude qualitative auprès de vapoteurs des Alpes-Maritimes. 16 sept 2014 [cité 19 mai 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01289960>
64. Valverde B. Comment en 2016, les fumeurs abordent-ils la question du sevrage tabagique depuis l'avènement de la cigarette électronique? [Doctorat en médecine]. Tours; 2017.
65. Lallier M, Folco-Lognos B, Université de Montpellier I, Faculté de médecine. 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. [S.l.]: [s.n.]; 2014.
66. Exertier L. Le tabagisme : entre autoérotisme et respir. *Cliniques.* 28 mars 2014;N° 7(1):66-79.
67. Rakotovao C-M, Delastre T, Thiberville L, Gérardin P, Merle V, Lefebvre E, et al. Prévention du tabagisme chez les lycéens: comment les lycéens seino-marins appréhendent-ils les risques liés au tabac et les possibilités de prévention du tabagisme? lieu de publication inconnu, France; 2016.
68. Giacomoni C, Magnan A, Hubert A, Stojcic I, Dandé A. Les représentations des cancers liés au tabac chez les jeunes de l'île de La Réunion. *Santé Publique Rev Multidiscip Pour Rech Action.* 1 juin 2005;17(2):199-209.
69. Cabelguen D, Tregouët B. Prévention du tabagisme chez l'adolescent en consultation de médecine générale: enquête auprès de 819 lycéens de Loire-Atlantique et du Morbihan. Lieu de publication inconnu, France; 2016.
70. Matte A-L, Dellenbach E, Université de Picardie Jules Verne. Attentes des adolescents isariens concernant la prévention du tabagisme en médecine générale: analyse qualitative. 2019.
71. Joncour C, Université Paris-Sud, Université de Paris-Sud, Faculté de médecine (Le Kremlin-Bicêtre V-M. Les représentations de la prise de poids liée au sevrage tabagique. [s.l.]: [s.n.]; 2006.
72. Pippert-Madejski K, Dumas C, Université de Strasbourg (2009-....), Faculté de médecine. Évaluation des connaissances sur les risques du tabagisme chez les patients fumeurs en consultation de médecine générale. [Lieu de publication inconnu]: [éditeur inconnu]; 2016.
73. Jeeawoody F, Sellier-Petitprez A, Université de Picardie Jules Verne. Comportements des fumeurs face à une maladie grave liée au tabac: étude qualitative par entretiens semi dirigés en Picardie. [S.l.]: [s.n.]; 2011.

74. Gallopel-Morvan, Janet Hoek, Anne-Flore Bue, Juan Rey Miguel K. Perceptions et consommation du tabac à rouler par des jeunes Français : étude exploratoire [Internet]. BEH. 2018 [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018\\_14-15\\_4.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_4.html)
75. 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.
76. Van Daal P-Y, Denis C, Université Louis Pasteur (Strasbourg). 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. [S.l.]: [s.n.]; 2002.
77. Loumagne P, Kandel O, Université de Poitiers. Evaluation de la prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale: étude quantitative et qualitative d'un échantillon de 89 patients. [S.l.]: [s.n.]; 2013.
78. Poirel C. Perception par les patients du sevrage tabagique avec recours à une infirmière addictologique de proximité en comparaison avec une prise en charge hospitalière initiale : Etude qualitative par entretiens semidirigés. 2016.
79. 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]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2016.
80. Meilland-Rey M, Augustin-Normand C. 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. [Lyon, France]; 2019.
81. Vauthier A. Etat des lieux des pratiques tabagiques des conjoint(e)s pendant la grossesse [Mémoire de sage-femme]. [Angers, France]: Ecole de sages-femmes; 2019.
82. Kirca S. Comment optimiser l'aide au sevrage tabagique: Étude qualitative des bénéfices du tabac rapportés par des patients fumeurs [Thèse d'exercice]. [2009-....., France]: Université de Strasbourg; 2019.
83. 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.
84. Constance J, Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. Ethnol Francaise. 28 juin 2010;Vol. 40(3):535-42.
85. Rendu-Simon L, Le Faou A-L, Université Paris Descartes, Université René Descartes (Paris), Faculté de médecine Necker enfants malades. Enquête sur la motivation à l'arrêt du tabac en médecine générale. [S.l.]: [s.n.]; 2003.
86. Peyron A, Bois C, Université Jean Monnet (Saint-Étienne), Faculté de médecine Jacques Lisfranc. Arrêt du tabac vu par des patients sevrés et fumeurs actifs. 2018.
87. Fontaine A, Artigas F. Étude qualitative auprès des utilisateurs de cigarette électronique : pratiques, usages, représentations. Sante Publique (Bucur). 2017;Vol. 29(6):793-801.
88. Aviano T, Lerouge P. 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. [Lille ; 1969-2017, France]; 2019.

89. Didier N, Gobert M, UPEC, Faculté de médecine. Influence de la cigarette électronique sur les modifications de comportements et de perceptions vis à vis du tabac. 2017.
90. Jébrak G, Vicaire M, Murez A. BPCO : les patients parlent aux soignants. Enquête de la Fédération française des associations et amicales de malades insuffisants ou handicapés respiratoires (FFAAIR). Rev Mal Respir. 1 mai 2015;32(5):500-12.
91. Couanon Chauchat A, Moula H. Le sevrage tabagique en médecine générale : enquête comparative menée dans le quatorzième arrondissement de Paris auprès de 62 médecins généralistes et de 55 sujets fumeurs. Paris VII; 1995.
92. Boumendil L, Ahssaini M. Observation des facteurs impliqués dans l'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale. [UPEC, France]: Université de Paris-Val-de-Marne; 2005.
93. Crouvizier-Brebant, Dorothée. Connaissances et comportements des femmes enceintes concernant les consommations à risque : tabac, alcool, et médicaments. Etude descriptive auprès de 129 patientes du département du Rhône. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013 [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.pieros.org/etude/connaissances-et-comportements-des-femmes-enceintes-concernant-les-consommations-a-risque-tabac-alcool-et-medicaments-etude-descriptive-aupres-de-129-patientes-du-departement-du-rhone/>
94. Galeu Schildknecht A, Université du droit et de la santé Lille 2. Lille. FRA / com. Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) cancer pulmonaire et tabagisme : perception des patients d'un cabinet de médecine générale et propositions d'optimisation de la prise en charge tabacologique. 2007.
95. Dumas A. Tabac, grossesse et allaitement : exposition, connaissances et perceptions des risques. Numéro Thématique Journ Mond Tab. 29 mai 2015;(17-18):301-7.
96. 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. :160.
97. Nel L. Sevrage tabagique: étude des connaissances et des idées fausses des fumeurs, mise en place de réunions d'information et rôle du pharmacien. :60.
98. Girardot L, Boumedien D, Magar Y, Abdennbi K. Aide au sevrage tabagique en médecine générale. Santé Éducation. sept 2016;26:14-7.
99. Blanchard F, Gaugler E, Faculté de médecine. Différents paramètres du sevrage tabagique en médecine générale: Etude descriptive auprès de 267 patients dans trois cabinets Bas-Rhinois. [Strasbourg]: [s.n.]; 2009.
100. Storet C. L'incertitude des patients face à la cigarette électronique dans le sevrage tabagique [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
101. 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]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2016.
102. Gaillard C, Laporte C, Université de Clermont I (Clermont-Ferrand). Motivations, comportements et représentations des consommateurs de cigarette électronique: étude qualitative auprès de vapoteurs dans le Puy de Dôme en 2015. 2015.
103. Codern-Bové N, Pujol-Ribera E, Pla M, González-Bonilla J, Granollers S, Ballvé JL, et al. Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by

- smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis. *BMC Public Health*. 26 nov 2014;14:1225.
104. Colas M, Becchio M, Université Paris-Sud, Université de Paris-Sud, Faculté de médecine (Le Kremlin-Bicêtre V-M. Perception des patchs nicotiniques par les différents intervenants impliqués dans le sevrage tabagique. [s.l.]: [s.n.]; 2012.
  105. Guilbaud G, Université de Nantes. Nantes. FRA / com. Conseil minimal de sevrage tabagique par le médecin généraliste : point de vue de 406 personnes du pays d'Ancenis. 2007.
  106. Fleuret C, Petit M, Université Paris-Sud, Université de Paris-Sud, Faculté de médecine (Le Kremlin-Bicêtre V-M. Abord et prise en charge du tabagisme en médecine générale: enquête auprès de fumeurs se présentant dans 10 laboratoires de biologie médicale au sud de Paris. 2017.
  107. Buczkowski K, Marcinowicz L, Czachowski S, Piszczek E, Sowinska A. « What kind of general practitioner do I need for smoking cessation? » Results from a qualitative study in Poland. *BMC Fam Pract*. 20 oct 2013;14:159.
  108. Kuntz E, Sunyach C. Leviers et freins au sevrage tabagique chez la femme enceinte et dans le post partum: [Mémoire de sage-femme]. [France]; 2019.
  109. Leflot C. Motivations à l'usage de la cigarette électronique chez les adolescents et les adultes jeunes: revue de la littérature. :133.
  110. Chevalier C, Nguyen A. Prise en charge du sevrage tabagique. *Actual Pharm*. nov 2016;55(560):26-33.
  111. Bence C, Vannimendus C, Rolland B. Adolescents et tabac. *Wwwem-Premiumcomdatatraitessps37-75192* [Internet]. 16 mai 2018 [cité 25 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/1214516/adolescents-et-tabac>
  112. Dangaix D. La cigarette peut être considérée comme un anxiolytique sans ordonnance". *La santé de l'homme*. sept 2009;403:1-3.
  113. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 13 févr 2014;348:g1151.
  114. Aubin H-J, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 10 juill 2012 [cité 16 déc 2019];345. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/345/bmj.e4439>
  115. Canoy D, Wareham N, Luben R, Welch A, Bingham S, Day N, et al. Cigarette smoking and fat distribution in 21,828 British men and women: a population-based study. *Obes Res*. août 2005;13(8):1466-75.
  116. Peiffer G, Underner M, Perriot J. BPCO et sevrage tabagique : attentes des patients et réponses des professionnels de santé. *Wwwem-Premiumcomdatarevues07618417unassignS0761841718302268* [Internet]. 19 nov 2018 [cité 3 juin 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.univ-paris13.fr/article/1257984/resultatrecherche/5>
  117. Haasova M, Warren FC, Ussher M, Janse Van Rensburg K, Faulkner G, Cropley M, et al. The acute effects of physical activity on cigarette cravings: systematic review and meta-analysis with individual participant data. *Addict Abingdon Engl*. janv 2013;108(1):26-37.



118. Rosenthal L, Carroll-Scott A, Earnshaw VA, Sackey N, O'Malley SS, Santilli A, et al. Targeting cessation: understanding barriers and motivations to quitting among urban adult daily tobacco smokers. *Addict Behav.* mars 2013;38(3):1639-42.
119. Tøttenborg SS, Thomsen RW, Johnsen SP, Nielsen H, Lange P. Determinants of Smoking Cessation in Patients With COPD Treated in the Outpatient Setting. *Chest.* 2016;150(3):554-62.
120. Mons U, Müezziner A, Gellert C, Schöttker B, Abnet CC, Bobak M, et al. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. *BMJ.* 20 avr 2015;350:h1551.
121. Dupont P, Blecha L. Aide à l'arrêt du tabagisme chez les personnes âgées. *NPG Neurol Psychiatr Geriatr.* 2012;67 vol 12:3-8.
122. Siero FW, Van Diem MT, Voorrips R, Willemsen MC. Periconceptional smoking : an exploratory study of determinants of change in smoking behavior among women in the fertile age range. *Health Educ Res.* août 2004;19(4):418-29.
123. Euro-Peristat. NL3 : commentaries on smoking rates during pregnancy - Euro-Peristat [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.europeristat.com/2-non-categorise/42-nl3-commentaries-on-smoking-rates-during-pregnancy.html>
124. Moothoocarpn A, Birault F, Pérault-Pochat M-C, Fritel X, Jaafari N, Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie. Méta-analyse sur l'efficacité des patchs de nicotine dans le sevrage tabagique des femmes enceintes. [Lieu de publication inconnu, France]; 2016.
125. CRAT - Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Tabac - Grossesse et allaitement [Internet]. 2020 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: [http://www.lecrat.fr/articleSearch.php?id\\_groupe=21](http://www.lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=21)
126. CRAT - Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Substituts nicotiques - Grossesse et allaitement [Internet]. 2020 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: [http://www.lecrat.fr/spip.php?page=article&id\\_article=362](http://www.lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=362)
127. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control.* oct 2005;14(5):315-20.
128. 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 2018;360:j5855.
129. Haut Conseil de la Santé publique (HCSP). Avis relatif aux bénéfices–risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale (22 février 2016). *Rev Mal Respir.* juin 2016;33(6):509-25.

# ANNEXES

## **Annexe 1 : Checklist PRISMA (28)**

*Les critères validés dans cette revue sont présentés en gras, les non validés laissés tels quels. Les critères non applicables sont présentés en italique suivi du sigle (NA).*

Section and topic	Item	Checklist item
-------------------	------	----------------

### **ADMINISTRATIVE INFORMATION**

Title:

Identification	1a	<b>Identify the report as a protocol of a systematic review</b>
Update	1b	<i>If the protocol is for an update of a previous systematic review, identify as such (NA)</i>

Registration	2	If registered, provide the name of the registry (such as PROSPERO) and registration number
--------------	---	--

Authors:

Contact	3a	<b>Provide name, institutional affiliation, e-mail address of all protocol authors; provide physical mailing address of corresponding author</b>
Contributions	3b	<b>Describe contributions of protocol authors and identify the guarantor of the review</b>

Amendments	4	<i>If the protocol represents an amendment of a previously completed or published protocol, identify as such and list changes; otherwise, state plan for documenting important protocol amendments (NA)</i>
------------	---	---

Support:

Sources	5a	<b>Indicate sources of financial or other support for the review</b>
Sponsor	5b	<b>Provide name for the review funder and/or sponsor</b>
Role of sponsor or funder	5c	<b>Describe roles of funder, sponsor(s), and/or institution(s), if any, in developing the protocol</b>

### **INTRODUCTION**

Rationale	6	<b>Describe the rationale for the review in the context of what is already known</b>
-----------	---	--

Objectives	7	<b>Provide an explicit statement of the question(s) the review will address with reference to participants, interventions, comparators, and outcomes (PICO)</b>
------------	---	---

## METHODS

Eligibility criteria	8	<b>Specify the study characteristics (such as PICO, study design, setting, time frame) and report characteristics (such as years considered, language, publication status) to be used as criteria for eligibility for the review</b>
Information sources	9	<b>Describe all intended information sources (such as electronic databases, contact with study authors, trial registers or other grey literature sources) with planned dates of coverage</b>
Search strategy	10	<b>Present draft of search strategy to be used for at least one electronic database, including planned limits, such that it could be repeated</b>
Study records:		
Data management	11a	<b>Describe the mechanism used to manage records and data throughout the review</b>
Selection process	11b	<b>State the process that will be used for selecting studies (such as two independent reviewers) through each phase of the review (screening, eligibility and inclusion in meta-analysis)</b>
Data collection process	11c	<b>Describe planned method of extracting data from reports (such as piloting forms, done independently, in duplicate), any processes for obtaining and confirming data from investigators</b>
Data items	12	<i>List and define all variables for which data will be sought (such as PICO items, funding sources), any pre-planned data assumptions and simplifications (NA)</i>
Outcomes and prioritization	13	<i>List and define all outcomes for which data will be sought, including prioritization of main and additional outcomes, with rationale (NA)</i>
Risk of bias in individual studies	14	<b>Describe anticipated methods for assessing risk of bias of individual studies, including whether this will be done at the outcome or study level, or both; state how this information will be used in data synthesis</b>
Data synthesis	15a	<i>Describe criteria under which study data will be quantitatively synthesized (NA)</i>
	15b	<i>If data are appropriate for quantitative synthesis, describe planned summary measures, methods of handling data and methods of combining data from studies, including any planned exploration of consistency (such as <math>I^2</math>, Kendall's <math>\tau</math>) (NA)</i>
	15c	<i>Describe any proposed additional analyses (such as sensitivity or subgroup analyses, meta-regression) (NA)</i>
	15d	<b>If quantitative synthesis is not appropriate, describe the type of summary planned</b>
Meta-bias(es)	16	<b>Specify any planned assessment of meta-bias(es) (such as publication bias across studies, selective reporting within studies)</b>
Confidence in cumulative evidence	17	<b>Describe how the strength of the body of evidence will be assessed (such as GRADE)</b>

**Annexe 2 : Grille d'extraction des données**

Titre du document	
Auteurs	
Type de document	
Date	
Nom de la revue	
Objectif principal et critère de jugement principal Objectifs secondaires et critères de jugement secondaires	
Méthode : type d'étude, inclusion, exclusion	
Résultats : idées sur les représentations	
Critique/limites/biais	
STROBE COREQ	
Bibliographie éventuelle à retenir pour l'étude	

**Annexe 3 : Tableaux des articles inclus dans la synthèse**

*Etudes qualitatives par entretiens individuels, analyse thématique*

Sous population étudiée éventuelle, Titre	Auteurs	Type	Date	Objectif, méthode d'entretien, nombre d'entretiens (n), recrutement	COREQ
L'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale. Etude de pratique qualitative et prospective sur 24 patients	R Vannobel, D Dépinoy, M Masure	Article (Exercer)	2006	Déterminer l'apport du MG dans le sevrage avec suivi à 12 mois. Entretien téléphonique. n=24. Recrutés en stage chez le praticien	45 %
En médecine générale, lors d'une consultation pour sevrage tabagique, la question de la prise de poids paraît être un des éléments importants à aborder: étude qualitative sur le point de vue des patients	L Nguyen	Thèse	2011	Etude de l'impact de la prise de poids ainsi sur le sevrage. Etude de l'impact de la prise en charge de cette prise de poids sur le sevrage. Entretiens semi-directifs, guide d'entretien n=25, patients volontaire d'un MG du Cantal	53 %
Le tabagisme : auto autoérotisme et respiR	L Exertier	Article (ERES Clinique)	2014	Définir les enjeux de la dépendance et la place qu'occupe le produit dans l'économie psychique du patient. Entretien semi-dirigé, n=1, patiente suivie en psychothérapie	40 %
Pratiques, croyances, représentations et attentes des fumeurs de cigarette électronique: étude qualitative auprès de vapoteurs des Alpes-maritimes	E Bisotto	Thèse	2014	Analyse des pratiques, représentations, croyances des vapoteurs. Evaluer l'impact de la CE sur le sevrage. Entretiens semi-dirigés n=30, vapoteurs fumeurs	56 %
Histoire du tabagisme, craintes et motivations au sevrage, et attente de la prise en charge par le praticien chez les patients de deux cabinets de médecine générale semi-rurale de l'Hérault	M Lallier	Thèse	2014	Analyser l'histoire du tabagisme, les motivations et les craintes au sevrage, puis les attentes de la prise en charge par leur praticien. Entretiens dirigés. n=16, patients ayant fait un sevrage dans l'année de 2 cabinets de MG (Hérault)	56 %
Motivations, comportements et représentations des consommateurs de cigarette électronique, étude qualitative auprès de vapoteurs dans le Puy de Dôme	C Gaillard	Thèse	2016	Comprendre les motivations, comportements et représentations des consommateurs de CE. Entretiens semi-dirigés. n=16. Vapoteurs, recrutés en cabinets de MG, centre de tabacologie ou sur internet.	59 %

L'incertitude des patients face à la cigarette électronique dans le sevrage tabagique	C Storet	Thèse	2016	Déterminer les motivations, connaissances, représentations des usagers de cigarette électronique. Entretiens semi-directifs, guide entretien évolutif. n=11. Fumeurs ou anciens fumeurs, usagers de cigarette électronique.	59 %
Perception par les patients du sevrage tabagique avec recours à une infirmière addictologique de proximité en comparaison avec une prise en charge hospitalière initiale	C Poirel	Thèse	2016	Evaluer le vécu et les représentations des patients ayant bénéficié d'une prise en charge en tabacologie hospitalière ou en consultation d'addictologie de proximité, pour mieux comprendre les déterminants les orientant dans le choix d'un suivi ainsi que les difficultés rencontrées. Entretiens semi-dirigés, n=11 Echantillonnage aléatoire.	43 %
Vapoter pour ne plus fumer : attentes et vécu sur le sevrage tabagique avec la cigarette électronique	L Tovenà	Thèse	2016	Connaître les attentes, vécus et comportements des adultes fumeurs utilisant la cigarette électronique pour leur sevrage. Entretiens semi-dirigés. n=18 (10F/8H). Patients fumeurs majeurs en médecine générale, volontaires, utilisant la cigarette électronique pour leur sevrage ou pour réduire leur consommation (Rhône-Alpes)	46 %
Attentes des patients fumeurs envers leur Médecin Généraliste pour le sevrage tabagique	V Barbosa	Thèse	2016	Analyser les attentes des fumeurs envers leur médecin généraliste pour le sevrage tabagique. Entretiens semi-dirigés. n=13. Patients fumeurs en médecine générale.	50 %
Vécu, attentes et connaissances des patients réalisant une tentative de sevrage : recherche qualitative auprès des patients dans le Nord pas de calais	C Looze Renault	Thèse	2017	Connaître le ressenti de fumeurs ayant réalisé une tentative de sevrage, leurs connaissances et attentes pour améliorer la prise en charge. Entretien semi-dirigé, guide d'entretien. n=14. Patients aidé d'un médecin généraliste pour sevrage	65 %
Etude qualitative auprès des utilisateurs de cigarette électronique : pratiques, usages, représentations	A Fontaine, F Artigas	Article (Santé Publique)	2017	Obtenir des éléments descriptifs des usages et représentations des utilisateurs de cigarettes électroniques. Entretiens semi-directifs. n=25	62 %

Influence de la cigarette électronique sur les modifications de comportements et de perceptions vis-à-vis du tabac : étude qualitative auprès de 11 fumeurs suivis en médecine générale	N Didier	Thèse	2017	Décrire l'influence de la cigarette électronique sur les comportements et perceptions vis-à-vis du tabac, chez des fumeurs l'ayant utilisé plus de 3 mois. Comprendre comment elle modifie la consommation tabagique, l'aide apportée dans leur sevrage. Expliquer les raisons de son efficacité. Entretiens semi dirigé. n=11. Patients de médecine générale en Ile de France.	56 %
De la cigarette manufacturée à la cigarette électronique : Ressenti des patients sur un usage exclusif en soins primaires. Etude qualitative sur une population de patients fumeurs, vapo-fumeurs et vapoteurs exclusifs du Nord-Pas-de-Calais	T Aviano	Thèse	2017	Chercher comment adapter le discours en fonction du ressenti des patients sur l'usage exclusif de la cigarette électronique. Entretiens semi-dirigés. n=14. Fumeurs, vapo-fumeurs, vapoteurs exclusifs.	59 %
Les représentations de l'hypnose des patients fumeurs ayant eu recours aux techniques hypnotiques pour leur sevrage tabagique, en Ile de France	M L Ercole	Thèse	2017	Explorer les représentations de l'hypnose dans le sevrage tabagique et améliorer la compréhension des mécanismes d'action de l'hypnose Entretiens semi-directifs. n=18. Patients de 5 médecins généralistes ayant eu recours à l'hypnose	56 %
Comment en 2016 les fumeurs abordent il la question du sevrage tabagique depuis l'avènement de la cigarette électronique	B Valverde	Thèse	2017	Déterminer comment les fumeurs abordent la question du sevrage tabagique depuis l'avènement de la cigarette électronique. Entretiens semi dirigés. n=8. Fumeurs majeurs volontaires choisis au hasard dans la ville de Tours.	59 %
Comment optimiser l'aide au sevrage tabagique: Étude qualitative des bénéfices du tabac rapportés par des patients fumeurs	S Kirca	Thèse	2018	Analyser les bénéfices objectifs et subjectifs que les patients retirent de la cigarette afin de donner les clefs pour une meilleure compréhension et ainsi de mieux les accompagner. Entretiens semi-dirigés, guide d'entretien. n=18 (10 femmes / 8 hommes). Fumeurs volontaires en consultations en médecine générale	56 %

<p><b>Femmes</b> : Tabagisme et population en situation de précarité : motivations, craintes, attentes en matière d'accompagnement au sevrage</p>	<p>M Erhet</p>	<p>Thèse</p>	<p>2012</p>	<p>Etudier les déterminants du tabagisme et demandes de sevrage chez les grands précaires. Entretiens semi-directifs, guide d'entretien. n=22.</p>	<p>50 %</p>
<p><b>Femmes</b> : Freins et leviers au sevrage tabagique gravidique : enquête qualitative par entretiens semi dirigés de 22 femmes enceintes des Alpes Maritimes</p>	<p>H Gromaire</p>	<p>Thèse</p>	<p>2012</p>	<p>Dégager les déterminants du tabagisme gravidique : connaissances, croyances, représentations. Entretien semi directifs. n=22. Femmes fumeuses avant la grossesse recrutées en CHU et Protection Maternelle et Infantile à Nice.</p>	<p>59 %</p>
<p><b>Femmes</b> : Vécu de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse : étude qualitative auprès de femmes en post partum dans la Somme</p>	<p>J Hurier</p>	<p>Thèse</p>	<p>2019</p>	<p>Connaître les représentations des femmes concernant la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse. Entretiens semi-dirigés. n=14. Femmes en post-partum en Protection Maternelle et Infantile ou remplacements ambulatoires.</p>	<p>47 %</p>
<p><b>Femmes</b> : Influences des représentations du tabagisme sur le choix contraceptif des femmes tabagiques</p>	<p>M Brunon</p>	<p>Thèse</p>	<p>2019</p>	<p>Analyser les représentations du tabagisme féminin et ses influences sur le choix contraceptif Entretiens semi-dirigés. n=15. Femmes fumeuses en cabinet de médecine générale et centre de planification familiale à St Etienne.</p>	<p>53 %</p>
<p><b>Jeunes</b> : Les représentations de cancers liés au tabac chez le jeune de L'Ile de la Réunion</p>	<p>C Giacomoni, A K Magnan, A Hubert, I Stojcic, A Dandé</p>	<p>Article (Santé Publique)</p>	<p>2005</p>	<p>Etudier les représentations des cancers liés au tabac, les pratiques tabagiques, les facteurs socio-culturels permettant de comprendre la relation entre comportement tabagique et cancer. Entretiens semi-directifs, grille d'entretien. n=37. Réunionnais fumeurs de 14-25 ans</p>	<p>68 %</p>
<p><b>Jeunes</b> : L'interdiction de vente de tabac aux moins de 18 ans : une étude qualitative sur le point de vue des mineurs et leurs stratégies de contournement de la loi</p>	<p>M Milhet, C Diaz-Gomez, M Martinez</p>	<p>Article (BEH)</p>	<p>2013</p>	<p>Etudes des attitudes des jeunes face à l'interdiction de vente et des pratiques pour se procurer du tabac en France. Entretiens semi-directifs. n=44. Mineurs fumeurs.</p>	<p>56 %</p>



<b>Jeunes</b> : Perceptions et consommation du tabac à rouler par des jeunes français : étude exploratoire	K Gallopel-Morvan, J Hoek, AF Bue, J Rey Miguel	Article (BEH)	2018	Comprendre le phénomène d'augmentation des ventes de tabac à rouler depuis quelques années en évaluant la perception, motivation, comportement de jeunes Français. Entretiens semi-directifs. n=25. Jeunes fumeurs (18-25 ans), dans universités, écoles, parcs de Rennes	75 %
<b>Jeunes</b> : Attentes des adolescents Isariens concernant la prévention du tabagisme en médecine générale : analyse qualitative	AL Matte	Thèse	2018	Déterminer les attentes et ressentis des adolescents sur la prévention du tabagisme réalisée par le médecin généraliste. Proposer des pistes d'amélioration à cette pratique. Entretiens semi-dirigés. n=14. Adolescent de 3ème du Sud de l'Oise.	53 %
<b>Jeunes</b> : Arrêt du tabac vu par des patients sevrés et fumeurs actifs	A Peyron	Thèse	2018	Evaluer à travers le vécu tabagique des patients, leurs attentes dans l'accompagnement du sevrage. Entretiens semi-directifs. n=14. Fumeurs, en cours de sevrage et/ou sevrés.	56 %
<b>Malades</b> : Comportements des fumeurs face à une maladie grave liée au tabac: étude qualitative par entretiens semi dirigés en Picardie	F Jeeawoody	Thèse	2011	Comprendre le comportement des fumeurs à l'annonce d'une maladie grave liée à celui-ci. Entretiens semi-directifs. n=18. 14 malades graves liées au tabac et 4 médecins généralistes	56 %
<b>Malades</b> : Quels sont les freins et motivations au sevrage tabagique chez les patients diabétiques de type II? Recrutement en MG dans le Nord Pas Calais	A Bruiet	Thèse	2014	Déterminer les freins et motivations au sevrage tabagique chez les patients diabétiques de type II. Entretiens semi-dirigés, guide d'entretien. n=18. Patients diabétiques fumeurs, ou anciens fumeurs en médecine générale	59 %
<b>Malades</b> : Sevrage tabagique en cancérologie : que nous apprennent les patients ? Perspectives pour l'ETP	M E Huteau, L Baussard, A Lasserre Moutet, A Morichaud, A Stoebner-Delbarre	Article (EDP Sciences)	2016	Etudier les freins au sevrage, problèmes, ressources, vécu de patients atteints de cancer. Entretiens semi-dirigés, guide d'entretien (6 questions ouvertes). n=16. Fumeurs volontaires au cours de leur parcours de soins de leur cancer.	56 %

<p><b>Précaires</b> : Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention?</p>	<p>Patrick Peretti-Watel, Jean Constance</p>	<p>Article (Déviance et Société)</p>	<p>2009</p>	<p>Comprendre la persistance du tabagisme dans les milieux défavorisés : justification des pratiques, position à l'égard des dangers du tabac et des politiques actuelles de lutte antitabac. Entretiens semi-directifs, grille d'entretien modifiée. n=31</p>	<p>75 %</p>
<p><b>Précaires</b> : La cigarette du pauvre</p>	<p>J Constance, P Peretti-Watel</p>	<p>Article (Ethnologie française)</p>	<p>2010</p>	<p>Descriptions du tabagisme, ses motifs, son histoire, ses dangers, la lutte antitabac chez les fumeurs pauvres. Entretiens semi-directifs, guide d'entretien modifié au fur et à mesure. n=31 (13F/18H).</p>	<p>68 %</p>
<p><b>Précaires</b> : Représentations du tabagisme chez les sans domicile fixe</p>	<p>P Riou</p>	<p>Thèse</p>	<p>2014</p>	<p>Etudier les représentations et comportements concernant le tabac de personnes SDF pour améliorer leur sevrage. Entretiens semi-dirigés, grille d'entretien n=27. SDF et travailleurs sociaux d'une association</p>	<p>62 %</p>

*Etudes qualitatives par focus group*

Sous population étudiée éventuelle, Titre	Auteurs	Type	Date	Objectif, méthode d'entretien, nombre d'entretiens (n), recrutement	COREQ
Jeunes : Prévention du tabagisme chez les lycéens : comment les lycéens Seino-Marins appréhendent il les risques liés au tabac et les possibilités de prévention du tabagisme ?	C Rakotovao	Thèse	2016	Déterminer comment les lycéens appréhendent les risques liés au tabac et les possibilités de prévention du tabagisme. Mieux cibler les besoins concernant la prévention et les attentes concernant leur médecin généraliste. 3 Focus group de 12 lycéens. n=36. Recrutement dans lycées avec présence d'un modérateur et d'un observateur	43 %
Femmes : Étude sur le tabagisme féminin	L Artaud, M Berger, AC Biboud, H Bouha, I Bruyère, C Goutin et Al	Rapport	2007	Déterminer les représentations du tabagisme féminin, les éléments influençant l'initiation et le sevrage afin d'enrichir et adapter la prévention. Déterminer les connaissances de jeunes femmes sur le tabac et ses dangers. Focus group semi-dirigés, n=41. Jeunes filles de lycées professionnels.	62 %

*Etudes qualitatives par questionnaires*

Titre	Auteurs	Type	Date	Objectif, méthode, Nombre de patients inclus (n), Recrutement/critères inclusion	COREQ
The modified reasons for smoking scale factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation among French smokers	I Berlin, E G Singleton, AM Pedanosse, S Lancrenon, A Rames, HJ Aubin, Et Al	Article (Addictions)	2003	Evaluer une version française de l'échelle MRSS. Identifier quelles motivations au tabac différencient les hommes des femmes et lesquelles sont prédictives du succès du sevrage. Etude qualitative. n=330. Patients en sevrage suivi par leur MG ou en clinique	72 %
Malades : BPCO et cancer pulmonaire : perception des patients d'un cabinet de médecine générale et propositions d'optimisation de la prise en charge tabacologique	A Schildknecht	Thèse	2007	Etude de l'état d'esprit, de la connaissance du lien existant entre le tabagisme et la maladie de patients avec pathologies respiratoires liées au tabac, ainsi que leur perception de la nécessité du sevrage tabagique. Proposer des solutions pour optimiser la prise en charge de leur tabagisme. Questionnaires. n=55. Patients de MG de l'Aisne.	50 %

*Etudes quantitatives :*

<b>Sous population étudiée éventuelle, Titre</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Type</b>	<b>Date</b>	<b>Objectif, méthode, Nombre patients inclus (n), Recrutement/critères inclusion</b>	<b>STROBE</b>
Le sevrage tabagique : enquête comparative menée dans le quatorzième arrondissement de Paris auprès de 62 médecins généralistes et de 55 sujets fumeurs	A Couanon Chauchat	Thèse	1995	Déterminer les propositions du médecin généraliste dans le domaine du sevrage et le ressenti du patient. Questionnaires parallèles. 62 médecins / n=65 fumeurs. 3 centres de la CPAM du 14ème arrondissement de Paris.	40 %
Enquête sur la motivation à l'arrêt du tabac en MG	L Rendu-Simon	Thèse	2003	Comparer les arguments de motivation du sevrage tabagique avancés par les fumeurs et les ex-fumeurs après mise au point sur les conséquences du tabagisme et les modalités théoriques/pratiques du sevrage. Etude épidémiologique, auto-questionnaires. n=146. Patients de médecine générale à Paris	50 %
Observation des facteurs impliqués dans l'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale	L Boumendil	Thèse	2005	Etudier quel est l'impact de facteurs (sexe, âge, ancienneté du tabac, antécédents, catégorie socio-professionnelle, entourage, poids, co-addictions) dans la prise en charge du tabagisme et de son sevrage. Sondage par questionnaire. n=309. Patients > 16 ans consultant en médecine générale	45 %
Conseil minimal de sevrage tabagique par le médecin généraliste : point de vue de 406 personnes du pays d'Ancenis	G Guilbaud	Thèse	2007	Comprendre le point de vue des patients sur l'abord du tabac en médecine générale. Comprendre la place donnée au médecin généraliste pour l'aide au sevrage. Auto-questionnaire. n=406. Dans la ville d'Ancenis : population âgées, sous-préfecture, collègue	54 %

The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) cohort: French smokers perceptions and attitudes towards smoking cessation	HJ Aubin, G Peiffer, A Stoebner-Delbarre, E Vicaut, Y Jeanpetit, A Solesse, G Bonnelye, D Thomas	Article (BMC public health)	2009	Estimer la prévalence du tabac. Identifier les profils des fumeurs selon leur perceptions/ attitudes/comportements par rapport au tabac. Déterminer les facteurs prédictifs de réussite au sevrage. Évaluer les comportements liés au tabac et leur évolution selon les changements de l'environnement du fumeur. Etude épidémiologique : auto-questionnaire mail à échantillon représentatif des français. n=3889 (809 fumeurs, 999 anciens fumeurs)	59 %
Le tabagisme en France : analyse de l'enquête baromètre santé 2010	R Guignard, F Beck, JB Richard, P Peretti Watel	Article (Santé Publique France)	2010	Enquête quantitative descriptive des fumeurs. Auto-questionnaire. n=27000	59 %
Connaissances, représentations, attentes et besoins des patients tabagiques vis-à-vis des aides au sevrage tabagique	A Lauvaux	Thèse	2012	Mise en évidence des connaissances et représentations des patients concernant le tabagisme et ses effets. Connaissance et attentes vis-à-vis des aides au sevrage. Questionnaire par 15 médecins. n=101. Fumeurs.	50 %
Perception des patchs nicotiniques par les différents intervenants impliqués dans le sevrage tabagique	M Colas	Thèse	2012	Etude de la perception des patchs nicotiniques : modalités, image en matière de sécurité. Etude observationnelle en Ile de France : questionnaires à 101 médecins, 91 pharmaciens/préparateurs en pharmacie, 289 patients (102 fumeurs, 63 anciens fumeurs). n=481	54 %
Rôle des croyances rationnelles et irrationnelles concernant la motivation à l'arrêt du tabac	V Walburg, S Arnault, S Collahan	Article (Journal de TCC)	2013	Comprendre l'impact des croyances rationnelles et irrationnelles sur la motivation à l'arrêt du tabac chez les fumeurs pour mieux saisir les résistances dans le sevrage. Etude observationnelle, par questionnaire, Fagerstrom/QMAT. n=18. Fumeurs.	50 %

Méthodes et éléments motivationnels à l'arrêt du tabac chez des patients de deux cabinets de médecine générale en Seine-Maritime	L Chereches	Thèse	2013	Décrire les méthodes et éléments motivationnels à l'arrêt du tabac chez des patients de deux cabinets de médecine générale. Questionnaires à des patients fumeurs ou anciens fumeurs de 2 médecins généralistes. n=82	50 %
Différents paramètres du sevrage tabagique en médecine générale : étude descriptive auprès de 267 patients dans trois cabinets Bas-rhinois	F Blanchard	Thèse	2014	Analyser le mode de sevrage tabagique utilisé par les patients en fonction de différents paramètres de dépendance au tabac. Etude descriptive : questionnaires. n=267. Recrutement dans trois cabinets de médecine générale	54 %
Smoker's Identity Scale: Measuring Identity in Tobacco Dependence and its Relationship With Confidence in Quitting	P Dupont, V Tack, L Blecha, M Reynaud, A Benyamina, A Amirouche	Article (American Academy of Addiction Psychiatry)	2015	Examiner les liens entre le degré de tabagisme et le tabagisme persistant Examiner les liens entre d'identité "être un fumeur" et la confiance en leur capacité à arrêter. Etude mono-centrique, questionnaires. n=170 A des patients se rendant à un séminaire sur le sevrage tabagique	68 %
Tabac, grossesse et allaitement : Exposition, connaissances et perceptions des risques	A Dumas	Article (BEH)	2015	Etudier l'exposition pré post natale au tabac, les connaissances et les perceptions des fumeuses vis-à-vis des risques encourus pour elles et leur enfant. Etude observationnelle : questionnaire téléphonique. n=3603. Recrutement de femmes enceintes ou accouchement récent par téléphone	54 %
Aide au sevrage tabagique : le point de vue des patients	L Girardot, A Lauvaux	Article (Santé Education)	2016	Mieux cerner les besoins et les attentes des patients vis à vis des aides au sevrage tabagique. Enquête par questionnaire. n=100. Patients fumeurs recrutés dans 15 cabinets de médecine générale de Champagne Ardennes.	54 %

<p>Evaluation des connaissances sur les risques du tabagisme chez les patients fumeurs en consultation de médecine générale</p>	<p>K Pippert Madekjsi</p>	<p>Thèse</p>	<p>2016</p>	<p>Evaluation des connaissances par rapport aux risques liés à la cigarette à travers un programme de sensibilisation (spirométrie). Enquête par questionnaire. n=118. Recrutement en consultation de spirométrie dans 2 maisons de santé du Bas Rhin.</p>	<p>54 %</p>
<p>Motivations à l'usage de la cigarette électronique selon le degré de dépendance des fumeurs. Enquête auprès de 1195 utilisateurs</p>	<p>D Vézi</p>	<p>Thèse</p>	<p>2016</p>	<p>Identifier les principales motivations des utilisateurs de CE selon leur profil tabagique et déterminer le profil, objectifs fixés, freins des vapoteurs ainsi que le profil tabagique des sevrés du tabac. Etude observationnelle multicentrique : questionnaire anonyme. n=1195. Recrutement de vapoteurs actuels ou anciens majeurs dans 12 cabinets de MG, un service de tabacologie, des boutiques de cigarette électronique et sur internet.</p>	<p>54 %</p>
<p>Etat des connaissances et représentations de la cigarette électronique en région parisienne : étude quantitative auprès de 201 patients en Ile de France</p>	<p>K Cayran</p>	<p>Thèse</p>	<p>2016</p>	<p>Evaluer le niveau de connaissance et représentations des patients de médecine générale concernant la cigarette électronique. Etude observationnelle multicentrique: auto-questionnaires anonymes. n=20. Patients de médecine générale en Ile de France</p>	<p>50 %</p>
<p>Sevrage tabagique : étude des connaissances et des idées fausses des fumeurs, mise en place de réunions d'information et rôle du pharmacien</p>	<p>L Nel</p>	<p>Thèse</p>	<p>2016</p>	<p>Mettre en évidence les connaissances et idées fausses des fumeurs sur le tabac, le sevrage tabagique et les substituts nicotiniques. Évaluer l'impact immédiat (connaissance) et à un mois (comportement) d'une réunion d'information en petit groupe. Évaluer la faisabilité d'un repérage et d'un suivi des fumeurs en officine. Enquête observationnelle par auto-questionnaires anonymes de patients fumeurs. n=95. Recrutement dans 4 pharmacies et un cabinet de MG du 13ème arrondissement à Paris.</p>	<p>54 %</p>



Abord et prise en charge du tabagisme en médecine générale: enquête auprès de fumeurs se présentant dans 10 laboratoires de biologie médicale au sud de Paris	C Fleuret	Thèse	2017	Apprécier les pratiques de prise en charge du tabagisme par les médecins généralistes. Etude descriptive par questionnaire. n=183. Recrutement de fumeurs dans 10 laboratoires de biologie médicale.	63 %
Place de la CE dans le sevrage tabagique : le point de vue des utilisateurs et sa place en médecine générale, enquête auprès de 1764 utilisateurs de cigarette électronique	A Girard	Thèse	2018	Déterminer la place de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique en médecine générale Etude descriptive : questionnaire. n=1764. Recrutement d'utilisateurs de cigarette électronique, sur les réseaux sociaux personnels et le site de l'université de Caen.	63 %
Perception de l'efficacité des paquets de cigarettes standardisés. Une étude dans un contexte français	K Gallopel-Morvan , E Béguinot, F Eker, Y Martinet, D Hammond	Article (BEH)	2018	Caractériser l'effet du paquet neutre pour dissuader de commencer, et pour informer sur les dangers de la cigarette par rapport aux paquets standards. Questionnaires. n=836. Tirage au sort, échantillon représentatif.	37 %
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	M Meilland-Rey	Thèse	2018	Déterminer la principale motivation à un sevrage réussi, en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie socio-professionnelle et du niveau de dépendance. Etude observationnelle : questionnaire. n=276. Anciens fumeurs abstinents (>1an) dans trois maisons de santé de la Drome et sur internet.	68 %
<b>Malades</b> : BPCO et arrêt du tabac : les patients parlent aux soignants	G Jebrak	Article (Revue de pneumologie clinique)	2016	Mieux connaître le suivi médical et le parcours de soins des patients vis-à-vis du tabac et évaluer la qualité de prise en charge du sevrage tabagique. Enquête par questionnaire sur internet. n=352. Patient atteints de pathologies respiratoires. Recrutement par institut de sondage.	63 %

<p><b>Femmes</b> : Le tabagisme de la femme jeune : déterminants, représentations et états actuels des connaissances</p>	<p>C Manfredi</p>	<p>Thèse</p>	<p>2008</p>	<p>Déterminer les spécificités et l'épidémiologie du tabagisme chez les femmes jeunes. Comprendre leurs déterminants et représentations vis-à-vis du tabagisme et du sevrage. Enquête. n=104. Recrutement de femmes d'un centre de planification familiale du conseil général du Rhône</p>	<p>40 %</p>
<p><b>Femmes</b> Connaissances et comportements des femmes enceintes concernant les consommations à risque : tabac, alcool et médicaments</p>	<p>D Crouvazier-Brebant</p>	<p>Thèse</p>	<p>2013</p>	<p>Evaluer les connaissances des femmes enceintes concernant les consommations à risques, tabac, alcool et médicaments après délivrance de l'information et analyser les comportements qui en résultent. Questionnaires. n=129. Recrutement de femmes enceintes dans des cabinets de MG et deux maternités du Rhône.</p>	<p>45 %</p>
<p><b>Femmes</b> : Etat des lieux des pratiques tabagiques des conjoint(e)s pendant la grossesse</p>	<p>A Vauthier</p>	<p>Mémoire sage-femme</p>	<p>2019</p>	<p>Décrire les pratiques tabagiques des compagnons au cours de la grossesse et identifier les raisons qui les ont motivé ou qui les motiveraient à arrêter. Auto-questionnaire anonyme : 24 questions fermées et 6 réponses à choix multiples. n=146 (81 non-fumeurs, 51 fumeurs, 14 ayant arrêté au cours de la grossesse). Recrutement au CHU d'Angers</p>	<p>45 %</p>
<p><b>Jeunes</b> : Étude de la dépendance nicotinique chez 342 adolescents fumeurs</p>	<p>H Chabrol, R Faury, E Mullet, S Callahan, A Weigelt, F Labrousse</p>	<p>Article (Archives de pédiatrie)</p>	<p>2000</p>	<p>Etude de la dépendance nicotinique, des motivations pour fumer et pour arrêter, des représentations des difficultés et des moyens d'arrêter. Enquête par questionnaires. n= 342. Recrutement de lycéens fumeurs.</p>	<p>59 %</p>
<p><b>Jeunes</b> : Tabac : connaissances, motivations et souhaits de lycéens du Doubs, réflexion pour a prévention</p>	<p>C Michaud, I Saraiva, Y Henry, M Dodane</p>	<p>Article (Santé Publique)</p>	<p>2003</p>	<p>Décrire et analyser les connaissances et motivation des lycéens concernant le tabac et leurs souhaits en matière de prévention. Enquête par auto-questionnaire. n=970. Recrutement aléatoire dans 12 lycées.</p>	<p>50 %</p>

<b>Jeunes</b> : Le tabac chez les adolescents	S Leménager	Thèse	2003	Comprendre les motivations et causes du tabagisme des adolescents, pour mieux le prévenir. Auto-questionnaire. n=103. Recrutement aux urgences pédiatriques et service de médecine enfant-adolescent du Havre.	63 %
<b>Jeunes</b> : Comportements relationnels et représentations lors des consommations délétères à l'adolescence	P Binder	Article (Synapse)	2004	Décrire les représentations des consommateurs et analyser les liens entre différents types. Etude épidémiologique par auto-questionnaire. n=3 749 (sur 4000 questionnaires). Recrutement d'adolescents de 3ème et de 2nde ou assimilé en Charente-Maritime, sélectionnés par tirage au sort.	63 %
<b>Jeunes</b> : Prévention du tabagisme chez l'adolescent en consultation de médecine générale : enquête auprès de 819 lycéens de Loire atlantique et du Morbihan	D Cabelguen	Thèse	2016	Mettre en évidence la fréquence avec laquelle la question du tabac est abordée en consultation de MG. Caractériser les facteurs influençant le tabagisme chez les adolescents. Etude épidémiologique par auto-questionnaires anonymes. n=819. Recrutement dans 4 lycées.	45 %
<b>Précaires</b> : Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique	F Merson, J Perriot	Article (Santé Publique)	2011	Evaluer l'impact de la précarité et la perspective temporelle sur le sevrage tabagique pour améliorer le sevrage des fumeurs précaires. Etude observationnelle : par questionnaire. n=192. Recrutement de patients motivés à l'arrêt suivi pendant 3 mois	50 %
<b>Précaires</b> : Étude de la motivation au sevrage tabagique d'une population dans la grande précarité	S Martens	Thèse	2012	Evaluer la motivation au sevrage de populations précaires. Etude observationnelle par questionnaire anonyme. n=96 (73% H). Recrutement de fumeurs de 3 structures d'accueil à Annecy et 4 à Grenoble sur 2 mois.	45 %

*Autre type d'étude, études mixtes : qualitatif et quantitatif*

Titre	Auteurs	Type	Date	Objectif (s)	Critère
Sevrage tabagique : comment l'optimiser ?	P Y Van Daal	Thèse	2002	Mieux comprendre les raisons de la reprise du tabac chez les sujets ayant déjà entrepris un sevrage tabagique. Etude mixte. n= 110. Recrutement de fumeurs en consultation antitabac de l'hôpital Pasteur de Colmar. avant le sevrage et 11 mois après.	COREQ 62 %
Perceived risks to smoking cessation among treatment seeking french light smokers	M Baha, A L Le Faou	Article (Preventive Medicine)	2013	Identifier les barrières au sevrage chez les petits fumeurs et l'association avec les résultats de sevrage à 1 mois. Etude mixte. n=5195. Recrutement d'anciens petits fumeurs de centres de sevrage nationaux.	STROBE 59 %
<b>Femmes</b> : Les représentations de la prise de poids liée au sevrage tabagique	C Joncour	Thèse	2007	Décrire les représentations sociales de la prise de poids liées au sevrage tabagique chez les femmes. Analyse du contenu d'un forum d'un médecin généraliste puis comparaison des représentations des internautes en général et de la communauté scientifique.	/
Evaluation de la prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale. Etude quantitative et qualitative d'un échantillon de 89 patients	P Loumaigne	Thèse	2013	Evaluation de la prise en charge du sevrage tabagique en MG. Etude mixte. Analyse quantitative rétrospective de dossiers médicaux de sevrage en MG à Poitiers quantitative (n=89) puis entretiens semi-dirigés des patients sélectionnés parmi les dossiers analysés rétrospectivement (n=40).	COREQ 50 %

# SERMENT D'HIPPOCRATE

---

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.*

# RÉSUMÉ

---

## **INTRODUCTION**

Malgré un engagement politique de lutte anti-tabac, 16 millions de personnes fument en France avec des coûts humains et sociétaux considérables. Des aides existent, pourtant le sevrage tabagique met en difficulté patients et médecins. Les représentations des patients seraient parfois en inadéquation avec celles des médecins. Il faudrait mieux les comprendre pour améliorer le sevrage.

## **MÉTHODE**

L'objectif principal de cette étude était d'identifier par une revue de la littérature les grandes thématiques des représentations des fumeurs sur le tabac et la prise en charge de cette addiction en médecine générale en France. Cette revue suivait la grille PRISMA. Nous avons inclus les études en population française de 1992 (Loi Evin) à 2020. Nous avons extrait les données sur une grille prédéfinie, puis les avons analysées de manière exhaustive et synthétisées par thèmes.

## **RESULTATS**

Dans cette revue, nous avons inclus 73 études et identifié 5 grandes thématiques : les motivations à fumer, les motivations au sevrage, les freins au sevrage, les méthodes d'aide au sevrage et la place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'addiction au tabac.

## **CONCLUSION**

Les notions récurrentes étaient le stress, l'influence sur le poids et le rôle prépondérant de l'entourage. Le coût du tabac et des aides au sevrage était une préoccupation récurrente. Les fausses-croyances étaient nombreuses. Les patients souhaitaient être davantage informés. Le médecin présentait une place privilégiée par son rôle d'information et d'accompagnement. Une prise en charge empathique sans jugement, centrée sur le patient, permettait d'augmenter la motivation. Le manque de temps et de disponibilité du médecin étaient regrettés.

## **MOTS CLÉS**

Représentations, Perceptions, Image, Tabac, Tabagisme, Médecine générale, Sevrage